M. S

Dr. Waldemiro Pires

Anais da Assistência a Psicopatas

1931

ANAIS DA ASSISTENCIA A PSICOPATAS

DISTRITO FEDERAL

COMISSÃO ORGANIZADORA
DR. WALDEMIRO PIRES
Diretor Geral
e Drs. HÉLION PÓVOA
e I. COSTA RODRIGUES

RIO DE JANEIRO – IMPRENSA NACIONAL – 1932

INDICE

Pags.

———«*»———

ALGUMAS PALAVRAS

Máu ou bom, o feitio utilitarista dos nossos dias é uma imposição do progresso da vida moderna.

O desperdicio, seja de quem fôr e do que fôr, é inadimissivel e intoleravel, ante as necessidades dia a dia mais prementes de tudo e de todos.

Um material clinico é uma riqueza, sem duvida, triste riqueza, mas riqueza como precioso valor que é na formação profissional dos medicos e no engrandecimento da bibliografia nacional.

A Assistencia a Psicopatas não podia fugir, sem desdouro para o seu renome, a essa finalidade, cientifica e didatica, ela que recolhe em seus serviços os exemplares mais numerosos e mais raros dos nossos insanos e neuropatas.

A sua atual diretoria quiz evitar que se não aproveitasse esse material clinico, com vantagem médico-especializada para todos, não poupando esforços, publicando este 1º volume dos "Anais da Assistencia a Psicopatas".

Waldemiro Pires
Diretor Geral da Assistencia a Psicopatas

O LIQUOR APÓS MALARIOTHERAPIA

PELOS

DRS. WALDEMIRO PIRES E CERQUEIRA LUZ

O exame do *liquor* pode fornecer elementos seguros para o diagnostico e a eficacia do tratamento das afecções sifiliticas do sistema nervoso central. No serviço de neurosifilis da Fundação Gaffrée-Guinle, todo doente portador de um sintoma neurologico ou psiquiatrico é compulsoria a punção sub-ocipital e o exame completo do *liquor*. Se houver qualquer alteração do *liquor* submete-se ao tratamento especifico ou paludico e, ao menos uma vês por ano, os exames humorais são repetidos. Já tratamos cerca de 2.800 doentes de sifilis nervosa com agentes quimicos ou piroterapicos.

Ha seis anos que praticamos a malarioterapia em mais de 300 casos de neuro-lues e chegamos á conclusão que é indiscutivelmente superior aos demais metodos terapeuticos, principalmente na paralisia geral.

As remissões são completas em 35% dos casos de paralisia geral e têm uma influencia ativa sôbre o *liquor*, modificando as reações biologicas irredutiveis aos agentes quimicos. O tratamento pêla malaria pode determinar no *liquor* alterações de ordem quimica, fisica e sorologica. Ha modificações precoces da sindrome humoral no tocante á linfocitose, albuminose e globulinose. Em periodo mais tardio, pode-se verificar a atenuação das reações coloidais, a curva de paralisia geral, que se desvia para a zona intermediaria de *lues cerebri*, até se tornarem negativas.

A reação de Wassermann é a mais resistente á malario-terapia e só tardiamente se deixa influenciar pelo tratamento. Logo após a malarioterapia pode-se verificar até uma reativação biologica do *liquor*. Um de nós, em colaboração com

Helion Póvoa, chegou á conclusão de que a malaria, usada com fins terapeuticos em certas formal de neuro-sifilis, algumas vezes, ao lado de uma ação espirochetecida notavel desempenha uma verdadeira função reativadora. Todos os nossos doentes após a malaria fazem tratamento salvarsanico em dozes fracionadas e repetidas, sendo as melhoras clinicas e humorais mais frequentes do que só com a terapeutica pêlo paludismo.

PLEOCITOSE – A pleocitose é, sem duvida, o primeiro sintoma humoral que cede pêla malarioterapia para não mais reaparecer; é o que se observa em todas as fórmas clinicas nervosas dependentes da lues. Casos ha em que, em poucos dias, desaparecem do *liquor* todas as celulas. Em outros casos ha uma permanencia notavel de celulas durante algum tempo, havendo remissão completa após muito tempo de tratamento. Em alguns casos não muito raros, nota-se uma verdadeira reativação, com augmento apreciavel do número de celulas.

O que não padece dúvida, entretanto, é a remissão permanence e completa, no fim de algum tempo.

A respeito das fórmulas celulares da paralisia geral, Ravaut e Boulin, mostraram claramente que nenhuma outra fórma de neuro-sifilis fornece uma riqueza morfologica constituindo um conjunto de fórmulas tão grande como nesse sindrome. Esses diversos elementos se associam de modo a constituir varias fórmulas predominando ora um, ora outro dos tipos de celulas: linfocito, mononuclear e plasmazelen. São encontrados tambem os polinucleares e fórmas de transição, que independem do processo luetico, indo ter ao *liquor* por um processo fisiologico.

Com o tratamento pêla malaria nota-se que nenhum elemento resiste á sua ação terapeutica, pois casos com predominancia de um ou de outro elemento cedem sem a menor dificuldade, ficando a pleocitose em 0 ou fração diminuta, como prova a maioria de nossas observações. Temos visto tambem que nos casos de persistencia de número apreciavel de celulas por algum tempo, não existe predileção onde seja poupado um ou outro elemento; eles se comportam, igualmente.

Na maioria dos casos o exame dos tipos das cedulas tornou-se impossivel, pois a centrifugação de 10 ou 15 cc. de *liquor* não fornecia senão uma ou outra celula e muitas vezes nenhuma.

Na *tabes,* observa-se que seus elementos celulares estão diretamente subordinados á sua idade. Na tabes incipiente observa-se quasi sempre a predominancia de linfocitos e

mononucleares, enquanto que na tabes antiga existe predominancia de plasmazelen, devendo-se notar, entretanto, que essas fórmulas não obedecem a um carater fixo.

Tem-se que notar, entretanto, que com a generalização do tratamento específico, quasi todos os tabeticos já vêm á consulta de ambulatorio com um tratamento mais ou menos intenso. Isso acarreta a remissão dos elementos celulares em sua grande maioria.

Com o tratamento pela malaria nota-se o desaparecimento facil das celulas. Casos ha, no entanto, em que se nota aumento, como em duas de nossas observações.

Na *lues cerebri* onde escasseam mais os plazmazelen e se encontram as linfocitoses e mononucleoses como predominantes, a remissão pela malariotherapia é bem facil, em curto espaço de tempo.

Em outras fórmas de lues nervosa, a influência do tratamento depende da gavidade do processo.

Essas verificações, foram feitas com o metodo de Ravaut e Boulin (coloração pelo verde de metila pironina – corante de Papenheim) auxiliado pelo panotico de Papenheim.

Os bons resultados do metodo de Ravaut e Boulin, mostrando a diferença entre processos antigos, com celulas rapidamente coradas e recentes com celulas tardiamente coradas, não resolve entretanto certas particularidades concernentes á estrutura de certas celulas. Corante ideal para evidenciar os plasmazelen e que, no entanto, falha na caracterização das demais, principalmente polinucleares.

Trabalhando conjuntamente com o metodo panotico, tivemos ocasião de encontrar com uma frequência impressionante os polinucleares, neutrofílos, acidofílos basofílos em quantidade variavel nos diversos casos de lues nervosa, que passavam despercebidos á coloração vital.

O bom êxito do metodo panotito depende da preparação da lámina, o que resulta a unica dificuldade em certos casos.

Globulinose – Não são comparaveis no curso da malarioterapia, as modificações sofridas pelas diversas reações de globulinas.

Já tivemos ocasião de mostrar que as reações propostas para pesquiza de globulinas não se comportam do mesmo modo, diante das diversas formas de lues nervosa (Cerqueira Luz – Cito-albuminorachia – 1929.)

Êste fato, merece atenção para que se tire uma conclusão justa das modificações aparecidas com o tratamento.

Na paralisia geral isenta de tratamento, já tivemos ocasião de mostrar que as reações de globulinas (Nonne, Pandy e

Weichorodt) feitas na ordem em que estão enunciadas, sofrem um desvio de positividade para a direita, podendo-se dizer que a Reação de Weichorodt tem predileção pêla paralisia geral.

No curso do tratamento, entretanto, mesmo sem o metodo malarico, nota-se que essa constancia se modifica, por isso nem todas as nossas observações antes do tratamento malarico mostram essa particularidade.

Essas reações são facilmente negativadas com o tratamento específico prolongado, sem o auxílio da malarioterapia. Neste particular, a malarioterapia não sobrepuja os demais metodos terapeuticos.

A remissão das reações de globulinas não obedece a um tipo, ora uma delas negativamente, ora outra, certas vezes conjuntamente.

A negativação das reações de globulinas é precoce comparada com as demais provas de laboratorio.

Ela segue a *pleocitose* no desaparecimento.

As globulinas do *liquor* têm sua origem principal na lise dos elementos celulares existentes no *liquor,* como entreviu Feuillé, em 1906, e, portanto, tendem a desaparecer quando desaparecem estas. E' verdade que muitas vezes se notam hiperglobulinose sem hipercitose, mas, a nosso vêr, esse fato depende da maior rapidez da lise das celulas e menor rapidez na absorção dos albuminoides resultantes. Só em época remota, sem que apareça um novo surto celular despercebido pêla falta de exames repetidos do *liquor,* é que a globulinose, como a albuminose tendem a se normalizar, como se nota em nossas observações.

Quanto á *lues cerebri* pura, vemos que as tres reações de globulinas se comportam de maneira diferente; a Reação de Pandy tem aí maior sensibilidade, que as demais. Nota-se, entretanto, que nem sempre se encontra essa caracteristica pêlo fato de já ser o doente tratado, ou porque já não se trata de uma *lues cerebri* pura, já evoluindo para uma fórma mais grave de *lues* nervosa.

Quando o doente é malarizado, nota-se que não existe um tipo de remissão; ora regridem conjuntamente todas as reações, ora cada uma em separado, podendo ser esta ou aquela.

Quanto á *tabes* e á *myelite* não verificamos carateristicas proprias de positividade das reações de globulinas. Elas se comportam desencontradamente nessas afecções. Podemos tambem dizer que as remissões verificadas nessas formas de lues nervosa não obedecem a um tipo determinado.

Albuminose – Pouca importancia tem-se dado a simples verificação da albumina, enquanto que se dá valor sempre crescente a dosagem total dos albuminoides.

Acompanhamos algumas de nossas observações de paralisia geral com a reação de Ross Jones e vimos que ela acompanha, de certo modo, as variações da taxa total dos albuminoides.

Com as reações de verificação da albumina, pode-se reconhecer a influencia que ela tem sôbre a taxa total.

Sem uma taxa de normalidade seria incompreensivel a variação patologica. Já tivemos ocasião de, em 200 casos, reputados como normais, descrever as taxas normais em nosso meio. Encontramos, tanto para o *liquor* colhido em punção alta como baixa, a média aritmetica de 0,12 por litro mas com *standard deviation* de ± 006 e coeficiente de variação por cento, 50,0 para aquela e respetivamente ± 0,51 e 41,6 para esta. (Cerqueira Luz).

Na paralisia geral e tabo-paralisis encontram-se médias altas, que, com o tratamento malarico, em sua quasi totalidade, regridem.

Em alguns casos, entretanto, nota-se que a taxa não se modifica e certas vezes até aumenta. Esses casos, no entanto, tendem a normalizar-se com o prolongamento da medicação específica.

De um modo geral, em época remota, ha normalização da taxa em todos os casos.

Nos casos de tabes, *lues cerebri* pura, mielite e outras fórmas de lues nervosa notam-se as mesmas modificações, sendo que nestas fórmas ha mais facilidade de remissão.

O metodo malarico facilita sem dúvida a normalização da taxa de albumina, que é tambem obtida com o simples tratamento específico.

Reação de Wassermann: – Usamos, em nosso laboratorio, a tecnica proposta por A. de Assis, descrita no Boletim n. 2 do Instituto Vital Brasil – 1927.

Reação de Wassermann no *liquor* – Usamos para o *liquor* o proceso de Hauptmann e Hossli. Na paralisia geral só encontramos uma unica vez em cerca de 500 casos a reação de Wassermann negativa antes do tratamento malarico.

Logo após a malarização, muitas vezes, não se modifica a positividade da reação de Wessermann, havendo em alguns casos verdadeiro aumento de positividade. Em época mais adiantada é que diminue a positividade, salvo casos inexoraveis, de que temos algumas observações.

Conseguimos negativação completa em seis casos, sómente. Vê-se que a negativação não aparece logo após os acessos e sim com a continuação do tratamento, em época remota. Póde-se afirmar que no *liquor,* a reação de Wassermann é um dos ultimos sintomas a desaparecer da paralisia geral. Muitas vezes o doente já está em franca remissão e ainda tem uma reação de Wassermann fortemente positiva até 0,5 cc. ou mesmo 0,2 cc.

A tabes mostra mais facilidade para negativar a reação de Wassermann, mesmo sem o tratamento malarico.

Com a malarização obtêm-se remissões mais nitidas e em maior percentagem do que por meio do simples tratamento específico.

Em alguns casos, logo após a malarização, nota-se uma verdadeira reativação, passando ás vezes de negativa a fortemente positiva.

Na lues cerebri pura, o tratamento malarico fornece grande cópia de remissões completas da reação de Wassermann. Em alguns casos, logo após os acessos, a reação já se torna negativa.

Na tabes e na lues cerebral se obtêm reações negativas com o simples tratamento específico.

Nos casos de endarterite a mielite a reação torna-se negativa com facilidade com o tratamento malarico ou específico.

Sómente nos casos de paralisia geral ou tabo-paralisis a reação de Wassermann se mostra positiva em 100% dos casos, antes do tratamento malarico, e sómente torna-se negativa por este processo terapeutico.

Reação de Wssermann no sangue: – A reação de Wassermann feita no sangue dá resultados inconstantes. Mesmo nos casos de paralisia geral sem tratamento malarico ela póde aparecer negativa; algumas vezes, entretanto, ela póde permanecer positiva no sangue embora seja negativa no *liquor* em paraliticos gerais malarizados. O mesmo acontece em outras fórmas de lues nervosa.

Em todas as fórmas de lues nervosa a reação de Wassermann é inconstante, em percentagem mais ou menos igual, para todas elas.

Muitos dos doentes de lues nervosa, que vêm ao ambulatorio, já fizeram um tratamento específico mais ou menos intenso, o que acarreta, em alguns casos, a negativação da reação de Wassermann, por isso nem todos dos nossos observados mostram a reação positiva no sangue, como era de esperar.

Reação de floculação: – Não mais se discute a necessidade das reações de floculação ao lado da reação de Wassermann. E' o que se deduz das inumeras publicações a respeito e do magnifico relatorio da segunda Conferência sôbre o Sôro Diagnostico da Sifilis, realizada, em 1928, em Copenhague, sob os auspicios da Liga das Nações.

Praticamos em alguns dos nossos observados as reações de Kahn e de Müller (Balung Reaction II) com otimos resultados.

Não temos até a presente época observações que nos autorizem conclusões definitivas. Podemos, entretanto, realçar o seu valor como metodos muito sensiveis.

O nosso metodo de Wassermann, porém, em alguns casos de paralisia geral, sobrepujaram as reações de floculação.

Os casos aqui observados deram os seguintes resultados:

Sangue:

Kahn			M. B. R. II				Wassermann		
(++ +)	±	—	(+++)	+	±	Prejud.	(++ +)	±	—
13	2	3	13	2	1	2	14	1	3

Liquor:

Kahn				M. B. R. II				Wassermann		
(++ +)	±	—	Prejud.	(++ +)	±	—	Prejud.	(++ +)	±	—
15	0	2	2	15	1	2	1	18	0	1

Pela leitura das observações, poder-se-á vêr como se distribuem os resultados.

Reações coloidais: – Acompanhamos nossas observações com quatro reações coloidais: ouro, benjoim, mastic e colofonia bicorada. Consideremos em primeiro lugar nossas observações sôbre paralisia geral.

A reação de Lange é, sem duvida, uma bôa prova para guiar o tratamento. Em nossos observados, embora muitos já tivessem tido tratamento, a reação de Lange, mostrou grande número de curvas tipicas (16). Em casos diferentes, mas comparaveis, a reação de mastic e a de benjoim foram menos fieis. Das reações resinosas, a reação de colofonia bicorada mostrou-se mais fiel, embora praticada em pequeno número de casos.

Após o tratamento pela malaria as diversas reações coloidais se mostram semelhantes; em muitos casos se nota verdadeira reativação com o aparecimento de curvas tipicas.

As mais das vezes, logo após a malarização, as reações se mostram sem modificação ou mesmo se intensificam as curvas. As remissões aparecem mais tarde, ás vezes em tempo remoto, com a continuação do tratamento específico.

As reações negativas após a malarização não são frequentes; vêm-se, em nossas observações, 12 reações de ouro, e uma para cada reação resinosa, que se tornaram negativas.

As modificações de curvas são mais interessantes pelo fato de bem interpretarem os sintomas clinicos. Vemos, nesse fato, a grande importancia das reações coloidais. Nesse particular mostra-se bem fiel a reação de colofonia bi-corada. Essa reação, que foi modificada do metodo original, apresentado por Prado Pastana em 1925 (Tése da Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, modificada por Helion Póvoa e Cerqueira Luz segundo o processo de coloração de E. de Thürzo, tem-nos fornecido resultados bons. Caracteristica nos casos de paralisia geral, modifica-se nos casos tratados, acompanhando as melhoras clínicas.

A prova de Lange é menos maleavel; ha casos raros em franca remissão em que ela ainda se mostra com curva tipica intensa.

Nos demais casos de lues nervosas, embora não exista uma curva caracteristica para cada sindromo, tem-se procurado diferençar as curvas da tabes das *lues cerebri* pura e endarterite, pela maior intensidade na tabes e menor na endarterite, ficando a *lues cerebri* em meio.

Não temos esse modo de vêr, e nossas observações confirmam nossa opinião.

O aparecimento de curva de paralisia geral é, até certo modo, frequente nos casos de tabes e *lues cerebri* pura. Mesmo nos casos de endarterite e mielite se encontram essas curvas. Elas parecem indicar a gravidade do processo; quando elas aparecem em geral se acompanham de outras caracteristicas humorais, indicando gravidade: Wassermann até 0,1 ou 0,2 cc. grande taxa de albumina, etc.

O tratamento com a malaria modifica nitidamente as curvas das reações coloidais. Logo após os acessos não se notam grandes modificações, a não ser em casos raros. Depois, com a continuação do tratamento especifico, é que se observam remissões chegando muitos dos casos á negativação completa.

Em alguns casos se notam reativações nitidas; não nos referimos sómente ao aumento de intensidade de curva, nota-se mesmo a passagem de uma reação negativa á fórma de curva de paralisia geral.

Reação de Takata e Ara: – A prova de Takata e Ara, embora não constitua uma reação do tipo das reações coloidais com diluições sucessivas, merece o nome de reação coloidal pela sua constituição. E' uma prova de grande valor porque permite diferençar os processos perifericos, puramente meningeos, dos processos paranquimatosos. Nos casos de lesão paranquimatosa em que ha comprometimento meningeo, aparecem, ás vezes, reações de carater meningeo. Esta reação é sensivel ao tratamento malarico, persiste, entretanto, fortemente positiva logo após os acessos.

* * *

O exame do *liquor*, logo após a malaria, não fornece elementos definitivos, para julgar sôbre o exito do tratamento.

A remissão humoral só se observa depois de varios meses, tornando-se fracamente positiva e finalmente negativa. Um doente curado clinicamente póde ainda apresentar reações positivas no *liquor*, mas em gráu muito atenuado. Ha, depois de um ano, certo paralelismo entre as remissões clinicas e os sintomas humorais.

Dujardin diz que a integridade total do *liquor* é não só tardia, mais rara, e que numerosos casos de paralisia geral considerados como curados apresentam anomalias do *liquor*.

Uma sindrome humoral irredutivel a malarioterapia é signal de mau prognostico, fazendo-se necessario uma nova inoculação pela malaria. Uma alteração favoravel do *liquor* sôbre um estado mórbido inalteravel só tem carater provisorio, voltando pouco tempo depois ao gráu de positividade anterior. O doente com um *liquor* negativo e em estado de remissão clinica não tem ordinariamente recidiva.

————«*»————

Metodos especiais de tratamento das doenças mentais, empregados na clinica psiquiatrica

PELO

PROFESSOR DR. HENRIQUE ROXO

No Instituto de Psicopatologia da Assistencia a Psicopatas, em que funciona a Clinica Psiquiatrica, sempre houve a preocupação de medicar pronta e eficazmente o doente mental e aqueles que aco..mpanham o serviço de quem escreve estas linhas, sabem que lá se utilisam processos originais de tratamento que neste trabalho se condensarão.

Sempre fui partidario do emprêgo de extratos fluidos de plantas nacionais. Ha aí uma riqueza medicamentosa, de grande eficacia, em que muitos não cogitam. As nossas plantas são frequentemente utilizadas no interior do Brasil em cosimentos que produzem excelentes resultados. No emtanto, como bem se comprehende, a administração de chás medicamentosos nem sempre é bem suportada pelos doentes, obrigados a beber uma grande quantidade de liquido, muitas vezes de gosto enjoativo, provocador, em muitos casos, de vomitos que impossibilitam a sua absorpção. Por êste motivo prefiro o emprêgo dos extratos fluidos, com os quais administro a essencia dos remedios num pequeno volume.

Pio Marfori especifíca muito bem que um centimetro cubico de um extrato fluido deve conter os principios ativos de uma grama da droga correspondente.

Arnaldo Cantani no seu Manual de Farmacologia Clinica diz que os extratos são obtidos pela evaporação e condensação de sucos vegetais exprimidos ou de infusões ou cosimentos.

O Professor Pedro Pinto, a nossa maior competencia no assunto, acentúa que extrato é uma forma farmaceutica vegetal ou animal obtida por solução e evaporação.

No extrato fluido podem ser aproveitadas flores, folhas, raizes, sementes ou uma planta inteira.

Nele ha uma solução das partes ativas do medicamento em um veículo apropriado. Ha uma relação entre a quantidade de substância empregada e a do extrato obtido. O pêso do liquido representa exatamente o pêso da substância empregada.

Os tecnicos no assunto frisam que os extratos fluidos, preparados pelos metodos modernos, em que se utilisa a concentração em baixa temperatura, ao abrigo do ar, se conservam indefinidamente.

Emprego, em alguns casos, a associação de varios extratos fluidos, já porque procure a acção corretiva de uns em relação a outros ou complementar na eficacia medicamentosa.

Por uma questão de metodo, acompanharei a Classificação da Sociedade Brasileira de Neurologia, Psiquiatria e Medicina Legal, e, onde houver um tratamento especial meu, por extratos, o frisarei.

Nos casos de ALCOOLISMO emprego com muito bom resultado o extrato fluido de *Capsicum annuum,* na dóse de 50 centigrs. a 1 grm. cada dia.

E' curioso o resultado vantajoso que se obtem, pois o tremor rapidamente se atenúa e cessam as idéas delirantes. Trata-se do pimentão, o qual, como é natural, provoca um certo ardor no estomago, que se evita diluindo bem o remédio em bastante agua.

O Dr. Netchaef emprêgou-o com muito bom resultado na pneumonia dos alcoolicos. Talvez atue como uma especie de sinapismo interno e determine uma derivação da excitação que existia no cerebro.

Nos casos de OPIOMANIA e COCAINOMANIA emprego, com muito bom resultado, o extrato fluido de *herva botão.*

A dose maxima é de 8 gramas diarias. Verdade é que, nos casos de opiomania, não deixo de fazer a redução gradual e progressiva do toxico; mas, quando administro qualquer calmante que corrija as aflições, com ele sempre associo o extrato fluido de *herva botão.*

O extrato fluido de *Cannabis Indica,* na dóse maxima de 30 centigrs. diarias, é tambem aconselhado no MORFINOMANIA; mas com ele não tenho constatado resultados tão vantajosos.

O extrato fluido de *café,* na dóse maxima de 20 gramas diarias, dá muito bom resultado na COCAINOMANIA, podendo tambem ser utilisado no ALCOOLISMO.

O extrato fluido de *Cimicifuga racemosa,* na dóse maxima de 2 gramas diarias, era preconisado pelo notavel e pranteado Professor Dr. Teixeira Brandão em todos os casos, em que havia alucinações do ouvido. No DELIRIO SISTEMATISADO ALUCINATORIO CRONICO noto que a par de aplicações de moscas de Milão nas apofises mastoides, ha atenuação das alucinações.

Nos ESTADOS MANIACOS receito com vantagem uma formula, em que associo xarope de cloral, ergotina e extrato fluido de *Casemiroa edulis.* Dêste a dóse maxima é de 1 grama diaria.

O distinto colega Dr. Plinio Olinto mandou preparar umas empôlas calmantes com Casemiroa edulis, com que tem colhido muito bons resultados.

Utiliso tambem nos estados maniacos, com eficacia, o extrato fluido de raiz de *beladona,* na dóse maxima de 10 centigrs. diarias, o de *Veratrum album,* na de 10 centigrs. diarias, o de *Veratrum viride,* na de 30 centigrs. diarias, o de *meimendro,* na de 50 centigrs. diarias, o de *mulungú,* na de 2 gramas diarias, o de *Leptolobium elegans,* na de 50 gramas diarias.

Nos ESTADOS MELANCOLICOS o extrato fluido que sempre receito e com o qual obtenho os melhores resultados, é o de *damiana,* na dose maxima de 4 gramas diarias.

Em trabalho que escrevi sobre o tratamento da melancolia nos Arquivos Brasileiros de Medicina, de Julho de 1929, preconisei, além dêste o extrato fluido de *cereja da Virginia* (4 gramas diarias), o de *coca* (5 gramas diarias) e o de *aromatico americano* (10 gramas diarias).

Receito o de *agoniada* na dóse maxima de 8 gramas diarias e o de *Cratoegus oxyacanta,* na de 8 gramas diarias, na melancolia ansiosa.

O de *guaraná,* na de 4 gramas diarias, dá resultado quando não ha ansiedade.

Na EPILEPSIA receito, ás vezes, o extrato fluido de *Solanum Carolinense* (5 gramas diarias), o de *espinheiro cerval* (5 gramas diarias), o de *beladona* (10 centigrs. diarias), o de *hortelã* (2 gramas), sendo êste o melhor remedio para vertigens.

Na HISTERIA prescrevo com otimo resultado o extrato fluido de *Leptolobium elegans* (50 gramas diarias), o de *simulo* (10 gramas diarias), o de *açafrão* (2 gramas diarias),

o de *mulungú* (2 gramas diarias), o de *alecrim* (4 gramas diarias), o de *alface* (4 gramas diarias), o de *angelica* (4 gramas diarias), o de *artemisia* (8 gramas diarias), o de *folhas de beladona* (20 centigramas diarias), o de *Calendula* (2 gramas diarias), o de *folhas de laranjeira* (10 gramas diarias), o de *herva-cidreira* (5 gramas diarias), o de *meimendro* (40 centigramas diarias), o de *quitôco* (6 gramas diarias), o de *viburno* (10 gramas diarias).

Na CORE'A tenho colhido otimos resultados com o extrato fluido de *Leptolobium elegans* (50 gramas diarias), o de *Solanum Carolinense* (5 gramas diarias), o de *beladona* (10 centigrs. diarias), e o de *simulo* (8 gramas diarias).

Na NEURASTENIA quando ha sensação de mal estar e aflição, receito extrato fluido de *lupulo* (4 gramas diarias), de *alface* (10 gramas diarias), de *Vitis Nili* (4 gramas diarias), quando ha vertigem, o de *hortelã* (2 gramas diarias), o de *alface* (10 gramas diarias), e o de *Nectandra amara* (6 gramas diarias), quando ha insonia, o de *rnaracujá* (2 gramas diarias), o de *Casemiroa edulis* (2 gramas diarias), quando ha dispepsia nervosa, dou *o Coculos* da Flora Medicinal, com hortelã e alface; quando ha nervosismo cardiaco, nada ha melhor do que o extrato fluido de *Veratrum viride* (30 centigrs. diarias), quando ha nervosismo cefalico, prescrevo com vantagem o pó de fava de Calabar (20 centigrs. diarias).

Na ESQUIZOFRENIA, os remedios, com que consigo obter um certo resultado, são, além da psicoterapia, a *vitamina* e *iodinjectol.* Receito tambem, com relativa eficacia, o extrato fluido de *Casemiroa edulis* (2 gramas diarias), o de *Vitis-Nili* (4 gramas diarias), o de *mulungú* (2 gramas cada dia), o de *alface* (10 gramas diarias).

Quando ha deficiencia de menstruação ou irregularidade no aparecimento, prescrevo o extrato fluido de *Senecio vulgaris* (4 gramas diarias), o de *jarrinha* (5 gramas diarias), o de *artemisia* (8 gramas diarias), o de *agoniada* (8 gramas diarias).

Quando ha impotencia psiquica, receito, além da psicoterapia, extrato fluido de *Ecchinaccea angustifolia* (3 gramas diarias), o de *marapuama* (2 gramas diarias), o de *catuaba* (8 gramas diarias) o de *guaraná* (4 gramas diarias), associados ao *mulungú* (2 gramas diarias).

No tratamento da PARALISIA GERAL PROGRESSIVA nada ha melhor do que a malarioterapia; no da SIFILIS CEREBRAL, o 914 e bismuto na primeira plana, o mercurio e iodo na segunda, são recursos de notavel valia.

Nestes dous tipos morbidos de pouco valem os extratos fluidos.

Na ARTERIO-ESCLEROSE CEREBRAL, em que ainda o melhor é o iodo, além do citrato de sodio, do fosfato de sodio, dos diureticos, dos cardiotonicos, ha uma formula minha que tambem aplico aos casos de **DEMENCIA SENIL** e que consiste em:

Iodeto de potassio........................	5 gramas.
Sulfato de esparteina...................	30 centigrs.
Glicero-fosfato de sodio..............	10 gramas.
Extrato fluido de pariparóba........	40 gramas.
Dito de abacateiro........................	60 gramas.

para tomar duas colheres de chá cada dia, em agua assucarada. Dou tambem o citrato de sodio, na dóse de 5 gramas diarias.

Quando ha sintomas de uremia, além da sangria, prescrevo injeções de sôro glicosado e para uso demorado a seguinte formula:

Lactado de estroncio...................	50 centigrs
Urotropina.................................	25 centigrs
Seylla em pó..............................	5 centigrs
Oxalato de cerio.........................	4 centigrs.
Sulfato de esparteina..................	1 centigrm

Em uma capsula. Mande n. 20. Tome quatro cada dia.

Dos ESTADOS ATIPICOS DE DEGENERAÇÃO, o feitio clínico mais comum é o DELIRIO EPISODICO DOS DEGENERADOS.

Raro é o dia, em que não observo um doente desta entidade clínica, cuja razão de ser foi amplamente esclarecida em artigo que escrevi e veiu publicado na “Imprensa Medic”, número de Março de 1928.

Nos “Arquivos Brasileiros de Medicina”, número de Julho de 1928, mostro que o delirio episodico é curavel por meio das injeções de *valerianato de atropina,* tratamento que imaginei e que dá otimos resultados.

Ocupando-me do “tratamento dos delirios sistematisados alucinatorios” em relatorio que apresentei á 2ª Conferência Latino-Americana de Neurologia, Psiquiatria e Medicina Legal, em Julho de 1930, o qual veiu publicado no *Encefale* número 2 dêste ano, mostrei que o tratamento que dá melhor

resultado em todo e qualquer delirio sistematisado com alucinações, é o valerianato de atropina sob a forma de injeções.

Quando o estado alucinatorio é muito acentuado, receito moscas de Milão, para aplicação nas apofises mastoides.

Pertencem tambem ao grupo dos estados atipicos de degeneração os casos de desequilibrio mental, de depressão constitucional, de excitação constitucional e de perversões sexuais. No DESEQUILIBRIO MENTAL póde dar muito bom resultado o 914, além da psicoterapia.

Na DEPRESSÃO CONTITUCIONAL aquilo, com que obtenho os melhores resultados, é o extrato fluido de *damiana* (4 gramas diarias), além da *adrenalina* e extrato de *hipofise*

Na EXCITAÇÃO CONSTITUCIONAL aproveitam muito os extratos fluidos de *Casemiroa edulis* (2 gramas diarias) e de *mulungú* (2 gramas diarias).

No caso de PERVERSÕES SEXUAIS aquilo que póde dar resultado, é a *psicoterapia.*

Quando ha DEBILIDADE MENTAL, IMBECILIDADE ou IDIOTIA, procuro averiguar si ha *lues* e então dou o 914 em dóses nunca superiores a 30 centigrs., de cinco em cinco dias.

Prescrevo os comprimidos de *glandula pineal,* dous cada dia, os de *tireoide,* dous cada dia, gotas da solução milesimal de *adrenalina* (trinta cada dia).

Ha uma formula 'que estabeleci para os atrazados mentais e para os enfraquecidos e que consiste em:

Fosfato tricalcico..........................		50 centigrs.
Kola em pó.....................	(aã)	25 centigrs.
Coca em pó....................		
Noz vomica em pó.......................		2 centigrs.

Em uma capsula. Mande n. 20. Tome uma no meio de cada refeição.

Um método de tratamento muito eficaz que se emprega na Clinica Psiquiatrica, é a *laborterapia,* isto é, a terapeutica pelo trabalho.

Frequentemente mando executar pelos doentes trabalhos de jardinagem, *crochets,* bordados, etc., com que se distraem e melhoram do estado mental.

No serviço de eletroterapia, os doentes deprimidos melhoram muito com as aplicações de *raios-ultra-violetas.* Aos alucinados do ouvido muito pódem aproveitar as *aplicações de correntes contínuas,* colocando-se o anode ativo no tragus

e o catode indiferente na nuca, e fazendo-se passar uma corrente de 5 a 10 miliampères, durante 20 minutos.

No serviço de hidroterapia, que deve ser remodelado, se encontrarão elementos otimos para a cura de doenças mentais. Não ha melhor calmante do que *o banho morno prolongado,* com aplicações geladas na cabeça.

Quando se trata de uma fraqueza irritavel do sistema nervoso, não ha recurso superior ás *duchas escossezas,* com *transição lenta*.

Quando se compulsa qualquer livro estrangeiro de psiquiatria, o capítulo mais deficiente é o que se refere ao tratamento dos alienados. Esta é a parte que mais me interessa, pois penso que o objetivo fundamental da medicina é, depois de bem diagnosticar, procurar curar. No Instituto de Psicopatologia da Assistencia a Psicopatas, onde funciona a Clfnica Psiquiatrica, todos os doentes são medicados e ha grande porfia em envidar esforços para os curar.

Muito ás claras, sem rebuços, expuz neste trabalho os metodos originais de tratamento que imaginei, e com os quais tenho comprovado aos que comigo estudam, que as doenças mentais são tão curaveis quanto as que mais o são.

————«*»————

AS SECÇÕES PSIQUIATRICAS DAS PRISÕES

PELO

DR. HEITOR CARRILHO

Exposição de motivos e ante-projeto apresentado á 14ª Sub-Comissão Legislativa em 3 de julho de 1931

“Depois de ter estudado os Institutos de Antropologia Penitenciaria e de haver demonstrado o seu papel nas organizações penais modernas e a importancia dos seus objetivos para a eficiencia da terapeutica regeneradora, trago hoje á consideração dos eminentes membros desta Sub-Comissão Legislativa a questão das secções psiquiatricas dos estabelecimentos penais.

O exemplo que nos veio principalmente da Belgica, fazendo penetrar nas prisões o estudo antropologico dos delinquentes e nêle baseando a terapeutica regeneradora, não parou aí: graças ao devotamento e competencia de Vervaeck, foram fundados, ao lado dos serviços antropologicos, os chamados “anexos psiquiatricos das prisões”.

Atende-se, dêsse modo, um interesse duplo, como disse Buffelan no seu livro *La reforme penitenciaire en Belgique* et la *loi de defense sociale du 9 Avril* 1930: interesse terapeutico do ponto de vista penitenciario e interesse penal, relativo á sentença judiciaria, que deverá decidir se êles merecem uma pena ou se é preciso confiá-los a um alienista.

Seria ocioso repetir o que está na conciencia de todos, isto é: que a população das prisões, na sua maioria, é composta de anormais e deficientes mentais, portadores de cons-

tituições psicopaticas, cujos atos são a expressão de sua condição morbida. Os estudos de psiquiatria penal levados a efeito em varios paises não admitem dúvidas neste particular.

Os alienados nas prisões, os alienados desconhecidos, os condenados, os alienados nos tribunais e diante da Justiça inspiraram livros diversos. Todos clamam contra a existencia nas prisões, nas colonias penitenciarias, nos logares de detenção militar, de individuos reconhecidamente alienados que, em virtude dessa condição, se tornaram criminosos e que nos meios penais vão encontrar um poderoso reativo para a sua desgraçada evidência psicopatica. As estatisticas do Manicomio Judiciario desta Capital são interessantes neste sentido.

O crime, já o dissemos em mais de uma oportunidade, e, na maioria dos casos, a expressão de anormalidades mentais transitorias ou permanentes que merecem ser estudadas em todos os intimos aspetos de sua determinação.

Toulouse, Perrin e Targowla tiveram neste particular uma frase interessante: "Um individuo inteiramente normal, disseram eles, não irá nunca deliberadamente se colocar em conflito com as leis penais; é geralmente por fraqueza, perversão, impulsão, arrastamento ou algum outro fenomeno psicopatico que os crimes ou os delitos são cometidos" (Medecine sociale).

Admitindo o funcionamento nas prisões dos Institutos de Antropologia Criminal, teremos que reconhecer que de suas investigações resultará em muitos casos a verificação da presença dos anormais psiquicos a dos individuos portadores de fórmas clinicas mentais definidas, que serão enviados, para melhor estudo e observação, ás secções psiquiatricas das prisões.

Destarte, as secções psiquiatricas das prisões são órgãos subsidiarios dos Institutos de Antropologia, de onde normalmente provem a indicação dos casos suspeitos a serem aí examinados.

O Dr. Vervaeck, que, como se sabe, é o grande realizador na Belgica desses "anexos psiquiatricos", escreveu a proposito o seguinte;

"Parece impossivel conceber ainda uma prisão moderna que não seja provida de um anexo psiquiatrico, porque essa instituição realiza no dominio penitenciario um progresso consideravel, tanto do ponto de vista médico, como penal. Ao mesmo tempo que torna a prisão mais humana, ela assegura melhor os direitos da Justiça e da Ciencia, salva-

guardando as exigencias legitimas da defesa social contra a criminalidade mais perigosa – porque, muitas vezes, ela escapa às influencias de repressão e de intimidação; isto é, – a criminalidade dos anormais e dos doentes mentais".

Do funcionamento dos anexos psiquiatricos das prisões belgas nos dão conta diversos trabalhos, conferencias e publicações de Vervaeck, sendo as suas estatisticas de modo a permitir avaliar o interesse penal e a atividade científica que eles têm despertado nestes ultimos anos.

O exemplo belga vai frutificando e os anexos ou secções psiquiatricas se vão multiplicando em varios paises, notadamente a Alemanha, a Austria, a Italia, Portugal, a Russia Sovietica, a Argentina e Cuba.

Lemos ainda recentemente, uma interessante descrição, feita pêlo professor Mario Carrara, no *Arquivo de Antropologia Criminal,* da instalação e funcionamento do anexo psiquiatrico carcerario de Munich, fundado e dirigido pelo Dr. Vogler, que cameçou a funcionar em abril de 1922 e que, segundo o Professor Carrara, póde constituir um excelente, modelo. Em toda a Alemanha, estão se instituindo outros nas prisões de maior importancia, cujos resultados estatisticos serão recolhidos no "Central" de Berlim.

E', como os anexos belgas, uma pequena secção psiquiatrica, com algumas enfermarias e quartos de isolamento, provida de gabinetes de investigações psiquiatricas, pessoal competente, secção hidroterapica, secção terapeutica de outra natureza, em suma, tudo que possa aproveitar a observação e ao tratamento dos delinquentes com perturbações mentais. A instalação nada tem de pomposa e deixa a impressão de ser a organização tecnica mais barata ou menos custosa de uma penitenciaria.

Muito interessantes são as palavras do regulamento do anexo psiquiatrico carcerario, dirigido em Munich pêlo Dr. Vogler, que dão a medida exata dos seus fins:

"Com a instituição desta secção ou anexo se satisfaz uma aspiração da psiquiatria moderna, cujos progressos mo strararn a necessidade de tomar em consideração, como não se fazia no passado, ao julgar o fato criminoso, o estado de ánimo em que se encontrava o acusado no momento em que cometeu o delito. Tanto mais quanto pela perturbação trazida pela grande guerra, se multiplicam os casos nos quais se ha de explorar tecnicamente o estado mental dos acusados em relação com a sua imputabilidade. A isso devem servir os anexos psiquiatricos, dirigidos por especialistas,

providos de idoneo pessoal de vigilancia, – de modo a satisfazer a exigencia cientifica da psiquiatria e a necessidade do tratamento e do procedimento penal".

São, pois, as secções psiquiatricas das prisões, como vemos, órgãos especializados onde se apuram as condições mentais duvidosas dos culpados e as suspeitas de simulação e onde se poderá fazer o tratamento médico dos fronteiriços, dos "pequenos mentais", que não precisam de internação nos Manicomios Judiciarios, por isso que as suas manifestações psicopaticas são muitas vezes agudos, transitorias ou de carater episodico.

Crises de agitação, surtos delirantes agudos, em relação com a situação em que se encontram, manifestações de hiperemotividade, com angustia, ansiedade, tendencia a suicidio, reliquats de antigos toxicoses, irritabilidade, revelações de estados esquizofrenicos, etc., ai encontrariam o logar apropriado e pronto para sua verificação e tratamento.

E' bem de ver o notavel auxílio que trazem as secções psiquiatricas dos estabelecimentos penais, facilitando as perícias medico-legais, geralmente empreendidas sem condições para o seu integral desempenho, por isso que realizada no proprio estabelecimento de detenção, sem nenhum requisite para uma boa observação que venha esclarecer o caso e afastar a hipotese de simulação.

Ao meu ver, a instituição das secções psiquiatricas das prisões no nosso meio, além destas vantagens, teria outra de inestimavel valor prático e de objetivos humanos manifestos:

Sabemos que, pêlo art. 68 do Código Penal, o individuo que enlouquece nas prisões e é recolhido a um Manicomio, deixa daí por diante de contar o tempo da sentença, que só voltará a ser computado depois que, cessada a doença mental, voltar ele para a prisão.

Disto resulta uma situação constrangedora para o alienista e torturante para o doente: a detenção é prolongada, muitas vezes por decenios e até indefinidamente, contra todos os sentimentos de humanidade.

Ora, o individuo que apresentasse perturbações mentais ligeiras sem grandes reações, com probabilidades minimas de manifestações perigosas, .poderia ficar nas secções psiquiatricas das prisões, sem que houvesse necessidade de transferi-lo para os Manicomios Judiciarios ou para as secções de delinquentes dos hospitais psiquiatricos, podendo naquelas secções contar o seu tempo.

Sabemos que, com os progressos da psiquiatria, nem todos os casos clinicos precisam de internação demorada ou contínua e, muito menos, do regime manicomial integral. Ao contrario, para muitos deles ha uma especie de livramento condicional, de liberdade vigiada e de licenças de experiencia. Outros são entregues aos serviços de assistencia hetero-familiar, tudo visando um reingresso terapeutico gradual na vida social. A assistencia a psicopatas, com a sua feição eminentemente humana e seu espirito profundamente social, é uma página magnifica da piedade dos homens, projetada nas legislações e nos objetivos altruistas das organizações tecnicas.

Os infelizes condenados que enlouquecem nas prisões, ou que já o eram antes dos crimes, que são, duas vezes desgraçados, pela doença e pela criminalidade, esses não podem ser tratados como os demais enfermos: expiam duas vezes a sua infelicidade – no carcere e no Manicomio, e se o Conselho Penitenciario fôr ouvido sôbre a sua liberdade condicional, dirá, dentro da formula da lei: a ela não tem direito o requerente, porque ainda não cumpriu 2/3 da pena.

E o pobre doente, ao contrário, em muitos casos, já cumpriu duas e mais vezes a pena, internado como se achava nos Manicomios, onde o tempo da condenação não é contado. Destarte, as secções psiquiatricas das prisões, permitindo em certos casos a contagem do tempo, corrigiria o desacêrto da lei.

Na psiquiatria moderna, dois principios orientadores dominam as questões assistenciais: primeiro, a instituição dos serviços fechados e, segundo, a dos serviços abertos. Os serviros fechados são aqueles em que são, colocados os psicopatas de manifesta temibilidade, capazes de atentar contra si ou contra outrem, que precisam de severas medidas de vigilancia e de normas assistenciais mais cautelosas.

Os serviços abertos ou de internações livres se destinam aos psicopatas mais leves, que são internados sem formalidades burocraticas, não raro espontaneamente, sem que esta internação tenha o carater pejorativo que, infelizmente, falsos preconceitos sociais ainda emprestam ao recolhimento nos estabelecimentos de alienados.

Pois bem: Os Manicomios Judiciarios seriam os serviços fechados da psiquiatria penal e as secções psiquiatricas das prisões, até certo ponto, os serviços abertos, isto é, aqueles que permitiriam, pela natureza das perturbações mentais apresentadas pelos reclusos, um regime assistencial atenuado

e a saída dos mesmos dentro de prazos fixados na lei, com contagem do tempo da pena.

Assim só permaneceriam nas secções psiquiatricas das prisões, além dos casos em observação, os psicopatas leves, de temibilidade minima, devendo sem demora ser removidos para os Manicomios Judiciarios os perigosos, delirantes e alucinados, impulsios a amorais.

Temos, pois, que admitir em definitivo que as secções psiquiatricas das prisões, que na Belgica são chamadas "anexos psiquiatricos", são órgãos de observação, dentro das prisões, do estado mental dos delinquentes que se tornarem suspeitos de anormalidades psiquicas, pela natureza e circunstancias do proprio crime ou pela anormal atuação carceraria. Ao mesmo tempo, as secções psiquiatricas das prisões permitiriam que fossem aí tratados, com a contagem integral do tempo de condenação, os psicopatas laves, sem reações perigosas, simples fronteiriços, que aí permaneceriam, á semelhança do que acontece nos serviços abertos da psiquiatria civil, onde são recolhidas determinadas categorias de doentes mentais, sem complicações burocraticas e sem o carater pejorativo que infelizmente ainda se empresta ás internações manicomiais.

Quando nesta 14ª Sub-Comissão Legislativa estudarmos pormenorizadamente os Manicomios Judiciarios, os seus objetivos, os seus resultados, a sua função na defesa social, o seu papel na assistencia geral a psicopatas, a sua verdadeira posição em face da psiquiatria penal e da psiquiatria civil, haveremos de bem compreender a necessidade da existencia destas duas organizações – as secções psiquiatricas das prisões e os Manicomios Judiciarios, e de verificar as suas interdependencias. Por enquanto, basta referir que nos Manicomios Judiciarios só é examinado um número restrito de delinquentes que aos juizes pareceram anormais ou que alegam desordens psiquicas. Sem ligações diretas com as penitenciarias, não teriam, como as secções psiquiatricas destas, o poder de facilmente verificar a alienação mental dos habitantes dos estabelecimentos penais, que é mais comum do que se avalia, e assim só examinaria os individuos que aos juizes pareceram suspeitos de doença mental e os que, para defesa, alegam essa circunstância.

As secções psiquiatricas das prisões teriam, assim, mais eficiencia neste particular, porque são o complemento necessario e logico dos Institutos de Antropologia, que examinará todos os reclusos, dentro do ponto de vista que lhe

está adstrito, e enviará ás secções psiquiatricas os suspeitos de doença mental.

Assim, todos esses esforços e todas essas indagações cientificas se harmonizariam para uma mais eficaz, mais humana, e mais logica defesa social.

Ante-projeto sôbre a organização psiquiatrica das prisões:

Art. 1º. Todos os estabelecimentos penais serão providos de secções ou anexos psiquiatricos, que funcionarão com os seguintes objetivos:

I – Examinar os reclusos que, pêla sua irregular atuação penal ou pelas indicações do Instituto de Antropologia, se tornarem suspeitos de anormalidades mentais.

II – Estudar, nos casos indicados, a presumivel situação psiquica anormal dos reclusos, no momento do crime, diante das circunstancias do mesmo e das revelações do exame individual, concorrendo, assim, para que a Justiça seja melhor informada sôbre os casos que precisam de sentença terapeutica, em vez de sentença propriamente penal.

III – Facilitar, pela observação cuidadosa dos reclusos, a pericia médico-legal da alienação mental, quando levada a efeito por determinação judiciaria.

IV – Fazer o tratamento dos reclusos que apresentarem perturbações mentais ligeiras, agudas ou transitorias (crises de agitação, toxicoses, ansiedade, idéas de suicidio, episodios delirantes, fórmas leves da neurosifilis, etc.), não precisando, assim, pêla natureza do seu estado psicopatico, de transferencia para os Manicomios Judiciarios.

V – Indicar, pêla observação prévia, os casos que devam ser transferidos para os Manicomios Judiciarios, tendo em vista a natureza das desordens ou doenças psiquicas reveladas, sua tendencia á cronicidade, sua comprovada temibilidade, bem como o fato de precisarem os mesmos dos benefícios da terapeutica pêlo trabalho, levada a efeito naqueles Manicomios.

VI – Definir, para os fins da defesa social, a temibilidade dos internados, em vista da sua condição mental anomala.

VII – Preconizar regras de higiene mental aos psicopatas leves ou fronteiriços, aos antigos alcoolistas, aos portadores de perversões instintivas e de constituições psicopaticas, existentes no meio penitenciario, que não necessitam de internação, contribuindo, assim, para mais logico e normal aproveitamento dos mesmos, no meio penal e na sua futura atuação social.

Art. 2º. A internação nas "secções psiquiatricas das prisões", tendo em vista o carater muitas vezes urgente das providencias terapeuticas requeridas, far-se-á por determinação administrativa, cientificados os juizes respectivos.

§ 1º. A observação dos reclusos, que decidirá de sua permanencia nas secções psiquiatricas, de sua transferencia para o Manicomio Judiciario ou de sua volta ao meio penal, durará normalmente tres semanas e só em casos especiais, cientificados previamente os juizes e a administração presidiaria, poderá ser prorrogada.

§ 2º. A internação dos reclusos nas "secções psiquiatricas das prisões" não acarreta a suspensão do tempo da pena, podendo o sentenciado, ao cabo desta, se ainda estiver internado e se o seu estado o exigir, ser transferido para os hospitais gerais de alienados, cessando, assim, a interferencia judiciaria no caso, e para o Manicomio Judiciario, se êste estado constitue ameaça á segurança pública, continuando nesta última hipotese *sub-judice.*

Art. 3º. A direção da secção psiquiatrica das prisões caberá a um psiquiatra de carreira, sendo oportunamente expedidos os necessarios regulamentos para o seu funcionamento.

———«*»———

TABES JUVENIL

PELO

DR. WALDEMIRO PIRES

A heredo-lues representa um papel indiscutivel na genese das afecções nervosas da infancia. Antes da era sorologica, o seu estudo baseava-se exclusivamente nas manifestações clínicas, ás vezes, incompletas e frustas, o que dificultava, sobremodo, o diagnostico. As formas clínicas da lues nervosa, verificadas na idade adulta, adquirida ou hereditaria, podem se observar tambem na infancia e adolescencia, com os mesmos sintomas e identico substrato anatomico.

A meta-lues e pouco frequente na infancia, sendo a tabes ainda mais rara que a paralisia geral.

Os primeiros casos de tabes heredo-sifilitica, foram descritos por Fournier, em 1885, e logo em seguida, Remach publicava duas observações.

A tabes juvenil foi durante muito tempo confundida com a doença de Friedreich, por ser de simtomatologia muito semelhante. A ausencia de autopsia e o desconhecimento das alterações do *liquor* autorizavam essa confusão.

A escola da Charcot já se preocupava em separá-las, procurando estabelecer os elementos semiologicos, capazes de permitirem o diagnostico diferencial.

Dydynski fez um estudo crítico sôbre os casos já observados, como sendo de tabes juvenil e que eram de ataxia hereditaria familiar, considerando-os como tais as observações de Freyer, Leubuscher, Jahubowitsch, etc.

Malburg, em 1903, publicou uma estatistica sôbre os casos já observados e estabelecia como symptomas seguros para firmar o diagnostico, os sinais de Romberg, Westphall e Argyll-Robertson. A triade escolhida era falha, porque os dois primeiros sinais pertencem simultaneamente á tabes e

á doença de Friedreich, apenas o último é caracteristico da neuro-sifilis, e muito frequente na tabes.

Hirtz e Lemaire, a proposito de um caso tipico, fizeram algumas considerações sôbre as observações publicadas. O criterio adotado foi o mesmo que o de Malburg, apenas procuravam dar maior importancia a abolição dos reflexos patelares e aquileos, como indice seguro de alteração dos cordões posteriores.

A abolição dos reflexos profundos dos membros inferiores não tem a importancia que os autores lhes emprestam, porque até a neuro-tabes perifecrica póde determinar o desaparecimento dos reflexos tendinosos. A ausencia, isolada, dos reflexos profundos, póde-se encontrar em individuos tarados, maximé da tara luetica, mantendo-se em otimas condições gerais, sem mais outro sintoma.

Alguns autores não acreditavam na existencia da tabes juvenil, porque desconheciam ainda a prova anatomica.

Köster descreveu o caso de uma criança que apresentava o quadro completo da tabes infantil, com atrofia de nervo otico e mais tarde enxertava-se a paralisia geral. O exame anatomo-patologico revelou uma degeneração tipica dos cordões posteriores carateristica da tabes.

Déjerine, Thomaz e Henyer autopsiaram um caso de tabes juvenil e verificaram lesões tipicas, que permitiam afirmar categoricamente a existencia da tabes.

Existem numerosos casos de tabes, de inicio absolutamente latente, que ficam ignorados durante anos, apenas com ausencia de reflexos e dôres, facilmente diagnosticados, como reumatismo e nevralgia. Isto acontece na idade adulta, e os erros semelhantes são mais comuns na infancia.

Lereboullet e Mouzon dizem que agora sabe-se diagnosticar a tabes, mesmo quando não existia ataxia e conhece-se melhor o papel da heredo-lues na patologia nervosa, podendo-se demonstrar a realidade da tabes verdadeira na infancia e adolescencia.

A tabes infantil não é tão rara, e é possivel até que alguns casos não sejam diagnosticados, porque os sintomas são discretos, como se verifica nas formas frustas, que podem ficar ignoradas.

Babinski diz que é mais frequente do que se pensa as formas frustas e ficariam desconhecidas, se não fossem procuradas sistematicamente.

Nada é mais dificil e delicado do que precisar o início verdadeiro da tabes, maximé quando os sintomas são atenuados como se observa frequentemente na fórma infantil.

As perturbações motoras, que facilitam o diagnostico rapido no adulto, são pouco pronunciadas e faltam em dois terços dos casos de tabes infantil. Quando existem, nem sempre se traduzem por uma grande ataxia. E' rara a apresentação de uma grande ataxia. O tonus muscular está quasi sempre diminuido. O sinal de Romberg e as perturbações do sentido steriognostico são pouco apreciaveis. A sensibilidade profunda é pouco alterada. As dôres fulgurantes e as crises gastricas são mais atenuadas, se bem que, em alguns casos, se manifestem com os caracteres identicos á idade adulta. As modificações dos reflexos profundos dos membros inferiores são constantes. A desigualdade pupilar e o sinal de Argyll-Robertson são tão frequentes quanto na tabes da idade adulta.

A atrofia do nervo optico é o sinal mais frequente na tabes infantil, 20 vezes sôbre 34 casos.

Lasarew refere que a cefaléa a um sintoma constantemente observado na tabes da infancia e adolescencia.

Os disturbios vesicais depois da atrofia do nervo optico a alteração mais constante, verificando-se na metade dos casos. A incontinencia, a dificuldade ou retenção de urinas, póde permanecer como expressão sintomatica de um processo tabido incipiente.

A fórma amaurotica e a fórma vesical são as mais comuns na infancia e adolescencia.

Todos os sinais da tabes do adulto, mesmo as alterações troficas podem ser observados na tabes juvenil. Apenas, os sintomas não são tão exuberantes e ruidosos e a atenuação do quadro clínico explica a conclusão falsa a que póde chegar um observador desavisado.

A nossa primeira observação é interessante, porque o paciente teve paludismo aos cinco anos e aos 10 anos apresentava os sinais tabidos e a malarioterapia ocasionou melhoras clínicas em todos os sintomas, inclusive a atrofia do nervo optico.

A nossa segunda observação é curiosa, porque revela alteração dos cordões posteriores e laterais, parecendo tratar-se de um caso de tabes combinada.

OBSERVAÇÕES

I

N. N.. branco, 12 anos, brasileiro.

O pai é sirio e mãe brasileira. O progenitor tem antecedentes sifiliticos e sofre frequentemente de enxaquêca. A

mãe é profundamente nervosa e de facil sugestibilidade. O paciente é o quarto filho do casal. O irmão mais velho conta 17 anos, é tímido e tem frequentemente poluções noturnas.

O paciente nasceu de nove mêses e o parto se realizou normalmente. Articulou as primeiras palavras com um ano e só conseguiu andar aos quatro anos.

Foi sempre uma criança viva e inteligente. Tinha crises de pavor noturno. Quando sabia da morte de uma pessôa amiga ficava sem dormir varias noites, dominado pêlo mêdo. Na escola revelou uma inteligencia compativel com a idade, mas notava-se que era de temperamento nervoso. Na idade de cinco anos teve paludismo, que se curou com injeções de quinina. Ha 10 mêses começou a ter *deficit* visual, julgando os pais que fosse simulação para não frequentar a escola. Depois observaram que dificilmente reconhecia os objetos á distancia. A visão foi baixando progressivamente a ponto de ficar apenas com percepção luminosa. Desde então ficou irritado e tímido. Logo que se manifestou a diminuição da visão, começou a apresentar incontinencia de urina, principalmente á noite. Ultimamente a incontinencia é tambem diurna. Tem ataxia discreta dos membros inferiores. Marcha levemente ataxica. Queixa-se de crises de dôres fulgurantes e cefaléa. Hipotonia muscular discreta. *Deficit* da sensibilidade óssea ao diapasão. Reflexos patelares, aquileos, stiloradiais abolidos. Cutaneo-abdominais, cremasterinos e plantares normais. Pupilas não reagem á luz. Atrofia dos nervos opticos. Exoftalmia. Sentido steriognostico normal.

EXAME HUMORAL

Reação de Wassermann no sangue – fortemente positiva.
Reação de Wassermann no liquor – fortemente positiva com 0,2.
Limfocitose – 0,30.
Reação de Nonne-Apelt – fracamente positiva.
Reação de Pandy – fracamente positiva.
Reação de Weichbrodt – fracamente positiva.
Tahata-Ara – negativa.
Reação de Lange – 02220000000.
Reação de Benjoin – 1221000000000.
Colofonia bicorada – 11110000000.

Fez a malarioterapia. Teve 10 acesos febris de 39º5' e 40º. No periodo de infecção palustre as dôres fulgurantes

se exacerbaram intensamente. Quando a temperatura subia até 40º, tinha delirio onirico, co agitação.

Ao terminar o tratamento, havia perdido tres quilos. Depois de 15 dias já tinha contrôle sôbre os esfincteres, não apresentava mais dôres fulgurantes, a ataxia diminuia e melhorava da visão, a ponto de descrever os caracteres de um retrato que havia á mesa de cabeceira.

II

G. S., 12 anos, pardo, brasileiro.

O pai é excessivamente nervoso. Já por mais de uma vez tentou suicidar-se. Tem a reação de Wassermann fortemente positiva no sangue. A mãe, no decurso da gestação do paciente, foi acometida de ictericia e albuminuria. Tem a reação de Wassermann negativa no sangue. Antes do nascimento do nosso observado, teve dois abortos. Conta seis filhos vivos, tres com destrofias.

O paciente nasceu de oito mêses e o parto se realizou normalmente. Veio a falar e marchar com a idade de quatro anos. Sempre foi um retardado fisico e mental. Ha seis anos teve um tumor branco na coluna cervical; com aparelho de gesso e helioterapia curou-se completamente. Porém continuou sempre abobalhado. Ha um ano manifestou um *deficit* visual progressivo e em seguida dôres de carater fulgurante nos membros inferiores.

Atualmente marcha com dificuldade, devido ao receio de cair, pelo fato de ter a visão muito diminuida. Tem incontinencia de urina. Não tem sinal de Romberg. A sensibilidade não parece estar alterada. A audição está normal. Pupilas não reagem á luz. Anisocoria, atrofia do nervo optico. Nistagmus. Não ha hipotonia muscular. Queixava-se de cefaléa, que desapareceu com injeções de neosalvarsan e bismuto. Reflexos patelares diminuidos e aquileos abolidos. Nos membros superiores os reflexos profundos são normais. Tem sinal de Babinski. Reflexos abdominais e cremasterinos vivos. A radiografia da coluna vertebral e do craneo nada revelou de anormal.

EXAME HUMORAL

Reação de Wassermann no sangue – fortemente positiva com 0,1.

Reação de Wassermann no liquor – fortemente positiva com 0,1.

Reação de Weichbrodt – positiva.
Reação de Nonne-Apelt – fracamente positiva.
Reação de Pandy – fracamente positiva.
Takata-ara – fracamente positiva.
Lange – 2321000000.
Benjoin colloidal – 122222200000.
Linfocitose – 16,4.
Albumina – 0,20.

Não foi possivel fazer o tratamento pêla malaria, porque a familia não permitiu.

A tabes póde excepcionalmente transmitir-se por hereditariedade similar.

Raymond afirmava que não havia nenhum caso de transmissão direta. Déjerine era da mesma opinião. Erb acreditava que só se transmitia a sifilis, podendo-se desenvolver a tabes ou paralisia geral.

Gaston compulsou cerca de 217 observações de mulheres casadas com tabidos e apenas encontrou 12 casos de hereditariedade similar. E' mistér indagar como aconselhava Mingazzini, se a doença desenvolveu-se nos genitores, antes ou depois da concepção do futuro tabido, para poder falar com segurança de uma hereditariedade familiar. Ha transmissão de uma aptidão morbida, que confere ao organismo dos descendentes uma menor resistencia, ao mesmo agente morbido, que vitimou os procreadores.

Nos 350 tabidos matriculados no serviço de neuro-sifilis da Fundação Gaffrée-Guinle, não verificamos nenhum caso de hereditariedade similar.

No que diz respeito ao sexo, a estatistica de Malburg é de 34 casos, sendo 15 masculinos e 19 femininos, a de Hirtz e Lemaire é de 47 casos, 21 masculinos e 26 femininos. Ha mais ou menos igual proporção para ambos os sexos, por que na idade juvenil coexistem as mesmas causas hereditarias e ocasionais.

Quanto á precocidade dos casos publicados, as observações de Dydynski, Idelson Rod, Margoutis são as mais interessantes, porque os sintomas se manifestaram entre cinco e seis anos.

O diagnostico diferencial entre as ataxias hereditarias (doença de Friedreich e heredo-ataxia de Pierre-Marie) e a tabes juvenil é facil quando se trata das formas tipicas e dificil nas modalidades frustas ou expurias.

Ha ainda as formas mixtas ou hibridas da doença de Freidreich e tabes concomitante no mesmo individuo, como observou Raymond.

Os reflexos tendinosos encontram-se exaltados na heredo-ataxia e abolidos na doença de Friedreich e tabes juvenil. Na heredo-ataxia de Marie e doença de Friedreich verificam-se sinais da serie cerebelar e o fenomeno de Babinski bi-lateral. Na tabes infantil não ha sintomas cerebelares e o sinal de Babinski só se observa na tabes combinada, que é o caso da nossa segunda observação. Ha ainda a mencionar como elementos da serie tabida a atrofia do nervo optico, fenomeno de Argyll-Robertson e disturbios vesicais.

Os exames de sangue e liquor têm uma importancia indiscutivel para o diagnostico da tabes. A reação de Wassermann póde ser postiva no sangue. No liquor é quasi sempre positiva até com 0,2, como no caso de tabes combinada, algumas vezes precisa maior quantidade de liquor. Póde-se verificar limfocitose e hiperalbuminose. As reações de Pandy, Nonne-Apelt e Weichbrodt, para pesquisa de globulinas, podem ser positivas; a reação de Lange é quasi sempre positiva e a reação do benjoin coloidal revela precipitação na zona sifilitica. São raros os casos em que as reações humorais são negativas.

Um exame sistematico e metodico da criança, sob o ponto de vista das reações pupilares, fundo de ôlho, reflexos tendinosos e reações sorologicas para lues, permitem, sem dúvida, um diagnostico precoce. A terapeutica específica ou paludica poderá dar os melhores resultados.

———«*»———

ANESTESIA GERAL DO ALIENADO PELA AVERTINA

PELO

DR. OSCAR RAMOS

Com os progressos da anestesia local, regional, troncular, raqueana, epidural, esplanquinica etc., chegou-se a pensar no abandono da anestesia geral. Tal não sucedeu porém; todas aquelas formas de anestesia, possuindo indicações precisas, nem sempre poderão ser generalizadas. Casos ha incompativeis com qualquer delas, individuos pusilanimes, para os quais o fato de assistirem conscientemente ao ato operatorio, constituiria perigo muito para recear. Nesta classe se enquadram os alienados.

A anestesia geral do alienado apresenta algumas vezes sérias dificuldades, dado o gráu de resistencia oferecida aos anestésicos comumente usados, por pacientes, cujo periodo de excitação violenta prolonga-se por tempo sempre muito mais longo que o geralmente observado.

O cloroformio, anestesico soberano pêla presteza de ação e facilidade que oferece ao ato operatorio com a completa flacidez muscular, raramente póde ser usado, devido a elevada toxidade, que se manifesta no funcionamento cardiaco, no figado, etc., mórmente nos casos em a preço, em os quais dóses elevadas seriam empregadas.

O eter, otimo anestesico, preferido por muitos cirurgiões, menos toxico que o cloroformio, é, no entanto, de efeito muito mais lento, só atuando em altas dóses e com o auxilio das mascaras de ar confinado, provocando sérias afecções do aparelho respiratorio – bronco-pneumonia, etc.

O cloreto de etila ou queleno, raramente produz narcóse compativel com um prolongado ato operatorio, sendo sempre insuficiente o relaxamento muscular.

As misturas anestésicas existentes no mercado, longe de solucionarem o problema, parecem antes complicá-lo, pois, sendo compostos pelos anestesicos citados, apresentam os mesmos inconvenientes sem nenhuma vantagem. E' obvio assinalar que todos os anestesicos citados foram sempre empregados em casos selecionados, após longo preparo dos pacientes pelos regimens adequados e pelas injeções prévias, óra de morfina, óra de scopolamina, luminal, sonifeno, etc.

Ultimamente, por indicação do eminente professor Juliano Moreira, comecei a empregar no meu serviço a Avertina, a qual, se não constitue um anestesico completo, apresenta-se como um bom auxiliar de qualquer anestesia.

Nos casos em que empreguei a Avertina, nenhum sinal de intoxicação abservei: ausencia de vomitos, suores profusos, alterações de pulso, etc., tão comuns com outros anestesicos. Além disso a Avertina suprime por completo todo o periodo de excitação.

O doente pronto para o ato operatorio, recebe no proprio leito um pequeno enteroclisma e poucos minutos após (5' a 15'), está profundamente adormecido, a operação no entanto não deverá ser iniciada senão vinte, ou melhor, trinta minutos após a aplicação do clistér.

Ao iniciar a intervenção cirurgica e algumas vezes tambem ao terminá-la (sutura peritoneal), faz-se mistér alguma baforada de eter ou cloreto de etila, e é a razao pêla qual declaro a Avertina ainda incompleto como anestesico geral. Oferece porém, reais vantagens pêla facilidade com que iniciamos qualquer anestesia, mórmente em se tratando de alienados e pêlo fato de podermos prolongar a narcose com dóses diminutas de anestesico.

Após a operação, fica o paciente entregue por algumas horas a sono calmo e reparador, dispensando o uso, ate aqui obrigatorio, de calmantes ou entorpecentes.

O manejo da Avertina oferece-nos ainda a vantagem, muito apreciavel, de ser um composto quimico bem definido e estudado, estando a respectiva tecnica perfeitamente estabelecida, dando ao profissional que o manejar meticulosamente garantias não apresentadas por nenhum dos seus congeneres.

A anestesia pêla Avertina é feita por via retal. Esta via foi pêla primeira vez utilizada por Roux com uma solução aquosa de eter sulfurico, e entre nós por Daniel d'Almeida, sendo logo depois abandonada por se haver verificado profundas lesões da mucosa intestinal.

Outros pesquisadores lograram algum sucesso com os vapores de eter. Estes mesmos, porém, produzem fórtes diarréas, hemorragias intestinais e sérias lesões para o lado do figado, onde aqueles vapôres ehegam atravez da veia porta. As vantagens da via retal eram patentes, pela facilidade da aplicação, ausencia de periodo de excitação e de complicações pulmonares. Tornava-se necessario, porém, encontrar um anestésico que fosse bem tolerado pela mucosa intestinal. Este anestésico é a Avertina.

O alcool tribromo-etilico ou Avertina de Bayer é uma substancia branca, cristalina, soluvel na agua na proporção de 3 ½ % e na temperatura de 40º. A solução de Avertina deverá ser preparada no momento do emprêgo, tendo por base o peso do individuo. Usamos comumente 0,10 por quilo-gramo de peso. A dissolução será feita em agua distilada em temperatura nunca superior a 40° e de forma tal que o titulo da solução não ultrapasse a 3 % (1). Todos estes detalhes, parecendo á primeira vista complicados, são no entanto facilmente executados se tivermos o cuidado de preparar préviamente uma tabela, pela qual possamos, dado o peso do individuo, saber qual a quantidade de sal e de veiculo a empregar. Foi o que fizemos no nosso serviço. Assim para um paciente de 60 quilos de peso (é o exemplo mais simples) empregaremos seis gramas de avertina, dissolvidas em 200 c. c. de agua distilada. Si o paciente pesar porém 45 quilos a quantidade de avertina será 4,50 dissolvido em 150,0 de agua.

Na ausencia de uma tabela previamente organizada, poderemos achar prontamente a quantidade de veiculo, uma vez conhecido o peso e a quantidade de sal, estabelecendo-se uma proporção,

Exemplo: Peso – 52 quilos, avertina – 5,20
Proporção: 3: 100 : : 5,20 : x
520 X 100 -:- 3= 173.
Agua distilada – 173 gramas.

As observações que se seguem pódem ser divididas em dois grupos: um, de casos hospitalizados, doentes de afecções cronicas e que puderam ser melhor observados e preparados

1) Para maior segurança proceder-se-á a reação do vermelho do Congo. Em 5 c. c. da sol. de avertina a 3 % junta-se duas gotas da sol. de vermelho do Congo a um por mil. **A** sol. deverá tomar uma coloração alaranjada, sem nenhum reflexo azulado. A côr azulada indica a presença do acido bromidrico livre e por conseguinte sol. alterada.

para a intervenção. Outro grupo de doentes transferidos de diversos servicos ou casos agudos operados de urgencia sem maior preparo e cujas observações são, por isso mesmo, incompletas.

Juntamos ainda alguns casos de nossa clínica particular.

1ª observação. Matricula 11.153 Op. 86-930. Cesaria S. R., 60 anos, preta, viuva, brasileira. Antecedentes hereditarios – falhos. Infancia sadia, apenas sarampo e coqueluche. Menstruada desde os 15 anos, sempre com muita regularidade. Não teve filhos. Ha alguns anos, após a menopausa surgiram-lhe hemorragias discretas que a amedrontaram, obrigando-a a procurar um medico. Este indicou-a aos nossos cuidados. Mulher bem conformada e de aspecto sadio, nada de anormal revelam os aparelhos circulatorio e respiratorio. Pressão arterial (Pachon) Mx. 15 mn. 8; Temp. 36,6; Pulso 90. Pela apalpação adbominal notamos no hipogastro um tumor duro, movel e indolor que o toque vaginal combinado com a apalpação mostrou fazer corpo com o utero. Tratava-se por conseguinte de um Fibro-mioma uterino.

Exames de laboratorio: Wassermann no sangue – Negativo. Dosagem de uréa no sangue – 0,35 %. Urina-traços de albumina. Peso 60 quilos.

A operação (Pan-histerectomia sub-total, apendicectomia) durou 40', auxiliada com inalações de eter. (Ombredanne) no inicio e no fim (sutura peritoneal). Silencio abdominal completo, Dormiu duas horas após a intervenção. Não vomitou. Alta curada em 29-6-930.

2ª observação. Matric. emp. 3.509. Op, 30-7-930.

Bertha M., 29 anos, branca, solteira, brasileira. Pais sadios. Foi sempre fraca desde criança, sofrendo dos intestinos (diarréas). Menstruada aos 18 anos, escassas e irregulares. Ha um ano que sofre de colicas abdominais, acentuadas na fossa iliaca direita, constipada eronica, nauseas e inapetencia. Ex. Rapariga debil, pesando 40 quilos. A apalpação da fossa iliaca revela um endurecimento anormal e doloroso. A radioscopia mostra que o ponto doloroso coincide com a implantação apendicular.

Exames de laboratorio. Wassermann – Neg. Uréa – 0,25 o/oo. Pressão arterial – Mx. 12 mn. 6 ½. Urina – ausencia de albumina ou glicose.

Op. apendicectomia. Anestesia: avertina – 4,0. Agua 133,0. Adormeceu em 3'. Tomou cloretila no inicio e no fim da op. Sono calmo após a op., ligeira cianose. Alta curada em 14-8-930.

3ª observação. Matric. av. 10.895. Op. 26-1-930.

Pedro P. C., 38 anos, pardo, solteiro, brasileiro. Hernia inguino-escrotal esq. Blastoma do testiculo esq. Ex. Wassermann, negativo. Pressão arterial – Mx. 13 mn. 7 Dosagem de uréa no sangue – 35 o/oo.

Urina – traços de albumina. Temp. 36,8. Pulso 88. Resp. 20. Peso 60 quilos.

Op. Herniorrafia e castração esq. Anest. Avertina – 6,0. Agua 200,0 . Adormeceu em 15'. Op. iniciada 30' após. Terminada a op. a temp. 36,5, o pulso 92 e a resp. 24. Eter no inicio e fim da op. Alta, curado em 13-2-930.

4ª observação. Matric. emp. 3.454. Op. 5-2-930.

Norberto R., 42 anos, pardo, solteiro, brasileiro. Apendicite sub-aguda. Apendicectomia. Peso 50 quilos. Anestesia avertina-Eter. Av. 6,0. Agua 200,0. Adormeceu em 10'. Tempo da op. 15'. Curado em 17-2-930.

5ª observação. Matric. av. 10.926. Op. 5-2-930. Humbellina C., 34 anos, parda, solteira, brasileira. (Vargem Alegre). Crise aguda de uma apendicite cronica. Apendicectomia. Peso 58 quilos. Anest. Avertina-Eter. Av. 5,80. Agua 193,0. Adormeceu em 15'. Tempo da op. 13'. Curada em 20-2-930.

6ª observação. Matric. 32.508. Op. 19-4-930. Martim C. C., 30 anos, branco, solteiro, brasileiro. (Colonia de Jacarépaguá). Hernia inguino escrotal d. estrangulada. Quelotomia. Peso 53 quilos. Anest. Avertina-Eter. Av. 5,30. Agua 176,0. Adormeceu em 10'. Tempo da op. 25'. Curada em 4-5-930.

7ª observação. Matric. 32.668. Op. 17-5-930. Albertino S. O., 22 anos, pardo, solteiro, brasileiro. (Manicomio Judiciario). Apendicite sub-aguda. Apendicectomia. Peso 56 quilos. Anest. Avertina-Eter. Av. 6,0. Agua 200,0. Adormeceu em 12'. Tempo da op. 13'. Curado em 31-5-930.

8ª observação. Matric. 32.725. Op. 30-5-930. Alfredo B. (Casa de Correção). Feridas por projeteis de arma de fogo nas regiões cervical e coxa esquerda. Retirada dos projeteis. Peso 60 quilos. Anest. Avertina-Eter. Av. 6,0. Agua 200,0. Adormeceu em 20'. Tempo da op. 40'. Curado em 10-6-930.

9ª observação. B. G., 30 anos, branco, solteiro, brasileiro. (Sanatorio Guanabara). Op. 20-7-930. Hernia inguinal esq. Herniorrafia. Peso 65 quilos. Anest. Avertina-Cloretila. Av. 6,0. Agua 200,0. Adormeceu em 10'. Tempo da op. 20'. Curado em 2-8-930.

10ª observação. B. L. C., 16 anos, branca, solteira, brasileira. (Instituto Paes de Carvalho). Op. 28-9-930. Assistida pelo Dr. Jefferson de Lemos. Apendicite cronica. Apendicectomia. Peso 62 quilos. Anest. Avertina-Eter. Av. 6,0. Agua 200,0. Adormeceu em 5'. Tempo da op. 25'. Curada em 5-10-930.

CONCLUSÕES

A avertina é um composto quimico de facil manejo.

Seu emprego na dóse de 0,10 por quilo é perfeitamente tolerado pelo organismo, não revelando efeito algum toxico ou irritante.

O doente adormece em 5', a operação podendo ser executada com o auxilio de algumas baforadas de eter ou cloreto de etila.

Embora não constitua um anestesico completo, mostra-se, no entanto um otimo auxiliar de qualquer anestesia.

CONCLUSIONS

L'Avertine c'est un composé chimique de manipulation très facile.

Quand on l'emploi a la dose de 0,10 par kilo, sa tolerance est parfaite, sans aucun effet toxique ou simplement nuisible.

Le malade s'endort au bout de 5' l'operation pouvant être executée au moyens de quelques vapeurs d'ether ou de Chlorure d'ethyle.

N'etant pas un anesthesique complet, se montre toutefois comme un bon auxiliaire de toutes les anesthesies générale.

———«*»———

TRES CASOS DE DELIRIO ALUCINATORIO DOS BEBEDORES

PELO

DR. ODILON GALLOTTI

Entre os quadros clinicos provocados pelo alcoolismo cronico um póde oferecer certas dificuldades diagnosticas com varios outros processos delirantes. Refiro-me ao delirio alucinatorio dos bebedores, tambem denominado alucinose alcoolica (1) ou delirio alcoolico.

Kraepelin distinguia nele tres formas de evolução: aguda, sub-aguda e cronica.

As formas agudas e sub-agudas são constituidas por um delirio de perseguição coerente, baseado de preferencia em alucinações auditivas, com quasi completa lucidez da consciencia.

Muito menos frequentes do que no *delirium tremens* são aqui os prodromos, que consistem em mau humor, dificuldade de pensar, dor de cabeça e insonia. O começo, quase sempre subito, faz-se ao anoitecer ou durante a noite, por estado ansioso e alucinações auditivas. 0 paciente ouve ruidos, uns vagos, outros que se referem a determinados objetos e palavras ou frases. Fato muito importante para o diagnostico diferencial é que as vozes em geral não são dirigidas ao doente. Escuta este falar de sua pessoa, ás mais das vezes não a ela diretamente. A proposito diz Bleuler: "Não conheço psicose alguma com alucinações auditivas elaboradas dramaticamente e com coerencia que falavam do paciente na terceira pessoa onde não existia alcoolismo."

(1) Wernicke, que creou o termo alucinose, descreveu este delirio sob a determinação de alucinose aguda dos bebedores.

As alucinações verbais são, na maior parte de conteúdo desagradavel ao doente: são ameaças, exprobações, remoques, injurias, planos de exterminio.

Ao lado destas vozes de inimigos, de perseguidores, levantam-se em varios casos vozes amigas em defesa do paciente. Em geral as alucinações verbais possuem sentido ciaro. Já para o fim da doença é que costumam tornar-se mais ou menos obscuras a ponto de não mais serem compreendidas.

Conquanto percepções ilusorias dos outros sentidos não façam parte essencial do quadro clínico em apreço, podem aparecer, e isto ocorre com certa frequencia. Alucinações visuais, preferentemente noturnas corn carater terrorista ou fantastico, nao são raras.

Podem-se observar tambem disturbios psico-sensoriais, cenestesicos, do paladar e do olfato. Em intima conexão com as percepções ilusorias irrompem idéas delirantes persecutorias.

De acôrdo com estas surgem tambem interpretações delirantes. Na maior parte estas idéas conservam-se até certo ponto dentro dos dominios do possivel, ás vezes entretanto oferecem carater inteiramente fantastico. Kraepelin assinalava a possivel concomitancia de idéas de grandeza. Não se constitue um sis tema delirante.

A lucidez da conciencia está apenas levemente perturbada e costuma haver ordem e bastante coerencia no pensar. A orientação no logar, no meio e no tempo acha-se conservada. A's vezes na narrativa dos fatos delirantes nota-se, no dizer de Kraepelin, uma tal ou qual insegurança na ordenação cronologica dos mesmos. A atenção mostra-se facil de despertar. A sugestibilidade habitualmente é muito pequena. O paciente não tem noção clara de que esta doente. Nos primeiros tempos predomina o medo, a ansiedade, que leva não raro o paciente a tentativas de suicidio.

A's vezes desde o começo ou então só mais tarde ha um mixto de temor e bom humor. Nestas condições assiste o delirante com certa serenidade a todas as demonstrações de hostilidade á sua pessoa e se manifesta a respeito delas com expressões de gracejos ou de ironia. Alguns pacientes apresentam-se de mau humor, tristes, irritados, desconfiados, outros transitoriamente mostram humor elevado.

Abstração feita dos atos praticados em virtude das ideias e interpretações delirantes, póde-se dizer que a conduta é ordenada.

Assim é de ver tais pacientes, apesar do delirio, continuarem durante semanas a entregar-se a suas ocupações habituais.

Os sinais somaticos do alcoolismo ordinariamente ou não estão presentes ou são muito discretos.

A duração da afecção na forma aguda varia entre alguns dias e algumas semanas. Na fórma subaguda o delirio póde prolongar-se por tres ou quatro meses. A cura definitiva é o que se observa na maioria dos casos destas fórmas. E' obvio que, si o paciente continua a alcoolizar-se, o delirio póde repetir-se. Um bom número de casos porêm não curam e nestas condições estabelece um enfraquecimento mental definitivo com disturbios psicosensoriais e concepções delirantes.

A fórma de evolução cronica inicia-se por modificações do humor. O paciente torna-se medroso, desconfiado, é dominado por um sentimento de insegurança e a espaços ouve algumas vozes que fazem alusões ou ameaças a sua pessôa. Pouco a pouco as alucinações aumentam de número e intensidade.

Si o paciente deixa de beber, elas diminuem consideravelmente sem contudo desaparecerem de todo. Reincide ele no abuso dos alcoolicos e repetem-se os mesmos sintomas até que por fim já uma longa abstenção não impede que se manifestem muitas alucinações auditivas. Surgem então percepções ilusorias de todos os sentidos e ideias de perseguição muito variaveis e de carater fantastico.

Ideias de grandeza podem tambem fazer o seu aparecimento. Na linguagem aparecem neologismos e joguetes de palavras. A tonalidade afetiva é um mixto de anciedade e humorismo. Com oscilações do quadro clinico, vão aparecendo e incrementando-se sinais de decadencia psiquica: extravagancia e incoerencia das ideias delirantes, fraqueza do julgamento, indiferença afetiva, rapidas alternativas do humor, diminuição da vivacidade psiquica e da energia volitiva.

Acerca da frequencia do delirio alucinativo dos bebedores ha divergencia entre os autores. Em quanto A. Morselli considera-o como uma psicose bastante frequente e Tanzi e Lugaro dizem que na Italia ele é muito mais encontradiço do que *o delirium tremens,* Kraepelin em Munich e Bleuler em Zurich assinalam sua pouca frequencia.

De acôrdo com a minha experiencia pessoal em onze anos na Secção Pinel, sou de opinião que esta psicose

alcoolica é relativamente rara entre nós; no grande número de alcoolistas que têm chegado a minha observação sómente poucas vezes consegui estabelecer tal diagnostico.

Atualmente tenho sob meus cuidados três doentes, nos quais pude firmar este diagnostico e cujas observações, por serem bastante tipicas e elucidativas, pareceram-me merecer publicação.

A etiopatogenia do delirio alucinatorio dos bebedores constitue ainda materia controvertida.

Para alguns, com Kraepelin a frente, tal delirio seria obra exclusivamente do alcool. O abuso prolongado do toxico, segundo este autor, atuaria, porém, de uma maneira indireta na produção deste quadro morbido, provocaria alterações na economia somatica, as quais por sua vez determinariam os disturbios psiquicos. As alucinoses dos bebedores seriam, portanto, metalcoolicas.

Tal hipotese torna até certo ponto compreensivel porque certos casos, apesar da supressão definitiva do alcool, pódem tornar-se cronicos.

Baseado no fato de que não raro se podem observar no mesmo paciente ora o *delirium tremens* ou o delirio alucinatorio, acreditava Kraepelin que talvez sejam estados variaveis do paciente que concorram para que a intoxicação alcoolica dê ora uma ora outra fórma morbida. Admitia ele que o *delirium tremens* e o delirio alucinatorio dos bebedores não são processos essencialmente diferentes, mas representam apenas formas diversas de manifestar-se a mesma doença.

Para outros autores, além do alcoolismo, interviria na produção das alucinoses dos bebedores um outro fator. Bonhoeffer aventou a hipotese de que este delirio exija para seu aparecimento uma especial irritabilidade dos centros de percepção e de representação acusticas em virtude de uma predisposição individual.

Graeter em 1909 já defendia a ideia de que nos casos de delirio alcoolico com exito desfavoravel existe combinação do alcoolismo com a demencia precoce. Tal opinião foi vivamente combatida por Kraepelin. Bleuler e seus discipulos tendem a admitir que as alucinoses alcoolicas são resultantes de uma associação de abuso de alcool e da esquizofrenia.

Bumke se opõe decididamente a este ponto de vista mostrando que as alucinoses agudas e subagudas se distinguem francamente dos estados alucinatorios esquizofrenicos.

Carlos Schneider na sua recente monografia sobre a psicologia dos esquizofrenicos declara-se inteiramente de acôrdo com Bumke e é de opinião que as alucinoses alcoolicas nada têm que ver com a esquizofrenia.

Si na maioria das vezes o fato é verdadeiro, si realmente as alucinoses alcoolicas não constituem processos mixtos de alcoolismo e esquizofrenia, todavia racionalmente não se póde deixar de admitir que, dada a frequencia desta ultima, casos ocorrem nos quais alucinose alcoolica e esquizofrenia estão associadas.

O diagnostico diferencial das alucinoses alcoolicas cumpre ser feito, sobretudo, com a melancolia paranoide, com as formas paranoides das psicoses tabidas e com certos estados alucinatorios esquizofrenicos. Não será demais lembrar aqui o que acima ficou dito a respeito da importancia para o diagnostico diferencial de um carater que frequentemente apresentam as alucinações verbais nas diferentes formas de alucinoses dos bebedores, a saber que as vozes se dirigem ao doente de uma maneira indireta.

Na melancolia paranoide os disturbios psicosensoriais não representam papel tão dominante no quadro clinico, as ideias delirantes não são tão relacionadas com estes, as ideias de culpabilidade são frequentes e a inibição do pensamento está sempre presente dum modo mais ou menos claro.

Nas formas paranoides das psicoses tabidas o humor é puramente ancioso, existem sempre sinais somaticos da doença de Romberg-Duchenne e frequentemente as reações humorais e citologicas são positivas.

Não ha negar que maiores são as dificuldades do diagnostico diferencial entre o delirio alucinatorio alcoolico, principalmente nos seus estados terminais incuraveis e certos estados alucinatorios esquizofrenicos.

Apesar de naqueles poderem mostrar-se varios sinais similhantes aos que aparecem na esquizofrenia, os pacientes todavia conservam melhor a vivacidade intelectual e afetiva, são mais acessiveis, mais ordenados na conduta, não revelam disturbios primitivos da vontade, nem dissociação intra-psiquica.

Vejamos agora as observações dos tres casos a que acima aludi e que julgo bastante tipicos.

J. C. V., com 56 anos, branco, português, solteiro, jardineiro e analfabeto.

Internado pela primeira vez no Instituto de Psicopatologia em 17 de junho de 1930, foi no dia seguinte transferido dali para a Secção Pinel.

O paciente, que é um individuo de estatura abaixo da mediana, de compleição forte, do tipo picnico, acha-se em bom estado de nutrição. Apresenta-se ao exame calmo, bem humorado, em atitude respeitosa e muito loquaz. Interrogado sôbre o motivo de sua internação, ele depois de exaltar em carater reto e justo, narra o seguinte. Ha algum tempo seus vizinhos o vinham perseguindo. Esses com feitiçarias atrapalhavam sua vida honrada, querendo fazer acreditar que ele fosse ladrão. A' noite punham em seu quarto "certas coisas" que não o deixavam dormir e, depois de transformarem-se em bruxas e sombras, diziam: "Bota fóra, que é gatuno, bota fóra". A's vezes mexiam com as galinhas no quintal afim de que ele saisse para ver o que ali se passava e então o puderam prender e queimar. Procurou o Centro Espirita para ver-se livre das feitiçarias e diz que aproveitou com as consultas ali feitas, pois passou a dormir bem e já não ouvia mais as vozes. Decorrido, porem, algum tempo, de novo começou a ouvir de noite os mesmos individuos, que o chamavam de ladrão, de gatuno. Desesperado por ver-se tão hostilizado, tentou por termo á vida, afogando-se em uma banheira. Já havia enchido esta de agua, quando lhe apareceu o seu patrão, que o impediu de levar a efeito o seu plano sinistro e conseguiu que a Polícia o mandasse para o Hospital Nacional. Acrescenta o paciente que atualmente ainda ouve dizer que vai morrer, que o gatuno vai morrer. Está orientado no logar, meio e tempo e mostra-se bastante lucido. Apura-se que os supostos inimigos do paciente nunca lhe falam diretamente, porém que conversam entre si, referindo-se a ele em termos insultuosos e expressões ameaçadoras.

J. nega abusar de bebidas alcoolicas. Nos antecedentes morbidos venereos refere uma gonorreia. Sobre antecedentes familiares nada adianta digno de nota. Reflexos patelares normais. Quatro reações de Nonne-negativas. Ureia no sôro sanguineo 0,40 %.

Até aqui a observação realizada alguns dias após a entrada do paciente. Em 15 de julho já não se verificam alucinações; o paciente não mais se julga perseguido. Dois dias depois lhe é concedida alta.

Apesar da contestação por parte do paciente de antecedentes alcoolicos, conferi-lhe o diagnostico de delirio alucinatorio dos bebedores.

Para isto baseei-me no aparecimento noturno das alucinações, no carater hostil das mesmas e principalmente na circunstancia das vozes não se dirigirem de maneira imediata ao doente. Em 11 de maio último tornou ele a entrar no Instituto de Psicopatologia e no dia seguinte foi transferido para a Secção Pinel, onde ainda se acha. Refere o paciente que, após sua saída do Hospital Nacional, dormia por favor numa garage, sita nos fundos de uma residencia particular. No principio dêste ano ouviu falar que haviam de atear fogo á garage, si nela pernoitasse alguem, e escutou tambem o dono da casa dizer a esposa que, si pusessem fogo na garage, lhe haviam de pagar bem caro. Uma noite estava J. a dormir, quando foi surpreendido pelos seguintes gritos: "Foge, foge, sinão morres queimado"? Espavorido levantou-se, saiu a correr e subiu numa arvore para esconder-se dos seus inimigos. Ai adormecendo, caiu ao solo e sofreu forte traumatismo no membro inferior direito.

Foi internado na Santa Casa, donde, cerca de dous meses depois, foi enviado para o Hospital Nacional. Nos primeiros tempos de sua segunda estada na Secção Pinel, ouvia ainda o paciente com frequencia vozes, principalmente durante a noite. Uma das frases que costumava escutar era a seguinte: "Mata, mata o jardineiro". Mais de uma vez ouviu-se o doente durante a noite gritar: "Socorro! Aqui d'el-rei! Acuda-me!" Está orientado no logar e no meio; quanto á orientação no tempo apenas sabe com exatidão o dia da semana. Não ha sinão tremor muito discreto da lingua e dos dedos. O paciente continúa a negar que faça abuso de bebidas espirituosas. Entretanto pessôa fidedigna assegurou-me que ele ha muito tempo abusava de alcool, era visto quasi constantemente embriagado e que ha cerca de um ano vem demonstrando sintomas de perturbação mental. Acrescentou o informante que a loquacidade que o paciente apresenta agora é habitual nele.

A novo exame em 13 de julho, o paciente não mais se revela alucinado, mostra-se de bom humor, expansivo. Manifesta grande animação e prolixidade na conversa e é muito comunicativo. Ainda não deseja alta, porque não está completamente curado da lesão traumatica sofrida na queda e assim não póde trabalhar.

A. S. R. 50 anos, português, branco, casado, servente de pedreiro.

De 27 de abril a 13 de maio dêste ano esteve internado no Instituto de Psicopatologia, donde teve alta. Regressando

para ali em 4 do mês passado, foi no dia seguinte removido para a Secção Pinel.

A nota clinica colhida pouco depois da primeira entrada no Instituto de Psicopatologia diz o seguinte: "O paciente ha dias começou a se sentir muito medroso, vendo vultos em seu quarto, tendo a impressão de que o queriam matar. Esses vultos eram ora de homem, ora de mulher.

O paciente tem tambem alucinações do ouvido, dizendo que de uma feita lhe deram três tiros para o matar e ouve sempre umas vozes que dizem: "E' o Sr. Rocha". Diz o paciente que tem um espirito em seu corpo e que todos têm medo dele, olhando-o com os olhos muito abertos.

Já frequentou sessões espiritas. Na semana passada passou desde quarta-feira a tomar grandes doses de mistura de alcool e vinho. Orientado no logar, no meio e no tempo. Atenção bôa. Memoria bôa. Afetividade e iniciativa presentes. Tremor das extremidades digitais e a da lingua. Reflexos rotulianos e pupilares normais". A observação efetuada pouco depois de sua entrada na Secção Pinel apurou o que se segue. Diz o paciente que ha cerca de dous mesês os seus companheiros de quarto e os ocupantes do quarto continguo ao seu, uma noite, começaram a importuna-lo com as seguintes frases: "Vamos dar um tiro no pé do Rocha". "Vamos matar o Rocha porque ele está velho e não presta para mais nada; depois tomamos um automovel e fugimos. Ele é malandro, ele está tuberculoso, está pôdre". Sentindo sua existencia ameaçada, saiu a correr portas a fóra.

Não obstante continuarem as perseguições, não deixava de ir diariamente trabalhar. Diz que certa ocasião os seus inimigos com uma vela acesa posta diante dele e com um revolver apontado para as suas costas obrigaram a alma dele a declarar qual o milhar do bicho que ia dar. Ao mesmo tempo ouvia dizer que iam por-lhe a alma no inferno em duas caldeiras a arder, que o haviam posto como campeão do Club Botafogo, que iam fazer dele um judas que ele estava a dever o aluguel do quarto, que jogava muito no bicho. Ouvia um seu companheiro de quarto declarar que em nome do paciente dera um tiro de pistola no Espirito Santo ou no Sagrado Coração de Jesus. Afirma que lhe deram a tomar unha raspada com o fim de mata-lo para que ele não mais fosse para Portugal e morresse no Brasil e que em sua casa lhe tiraram 5 litros de sangue. Quando ainda estava em casa, uma noite viu um vulto de mulher toda vestida de branco. Acha que todos que entram malucos no hospicio vêm com raiva de sua pessôa e ouviu dizer que os jornais o deram

por morto. Informa que seus perseguidores não falam diretamente a ele, e sim falam entre si a respeito de sua pessôa. Nem todos, porém, são contra ele, pois ás vezes ao mesmo tempo que uns se referem a ele em termos insultuosos e ameaçadores, outros o defendem, asseverando que ele é um rapaz serio trabalhador, respeitador das familias. Do hospital em que se acha escuta falarem na casa onde morava á rua General Polidoro. Uma mulher que lá reside disse que o tem frito em azeite doce. Sentiu então o paciente todo o seu corpo arder em muito grande calor.

Frequentemente atiram-lhe punhados de piolhos, sem que veja quem assim procede. Ouve dizer que anda nú com as partes á mostra, feito um avestruz. Isto o aborrece muito e perguntou-me: "Sr. Doutor, eu ando mesmo nú?" Em seguida acrescentou: «Si é verdade que ando nú com as partes á vista, é melhor mandar matar-me".

Atormentado pelas vozes, que não o deixam em paz durante a noite, quasi não dorme. E' um etilista confesso. Desde que chegou ao Brasil, ha 23 anos, faz uso diario de parati e além disto aos domingos toma cerveja; vinho consome pouco.

As quatro reações de Nonne foram negativas. Ureia no sôro sanguineo 0,30 %.

O paciente está orientado no logar, no meio e no tempo. Responde de bom grado ao interrogatorio, compreendendo, sem dificuldade, as perguntas. Mostra-se atento. Não se notam disturbios da memoria. O humor acha-se deprimido. O paciente porta-se bem na Secção e trabalha na cozinha e na farmacia.

Reflexos patelares presentes. Não ha dôr á pressão das pantorrilhas. Apresenta tremor dos dedos e da lingua.

C. M., 35 anos, brasileiro, pardo, casado, analfabeto. Depois de ter passado um dia no Instituto de Psicopatologia, entrou para a Secção Pinel, onde se acha desde 3 de março último.

A presente observação foi realizada em meiados de julho. E' com a seguinte narração que o paciente dá os motivos de sua internação no Hospital Nacional. Refere que ha cinco anos trabalhava como servente no "Correio da Manhã" e que ultimamente começou a ser perseguido por um operario (J. E.) dêsse jornal e por alguns portugueses que habitavam com ele a mesma casa de comodos. De noite ouvia esses portugueses dizerem uns aos outros que iam

intriga-lo junto ao Sr. A... do “Correio da Manhã” – Escutou um deles exclamar: “Faça bem feito sinão o Sr. A... o bota fóra.”

Certa manhã, ainda muito cedo, ouviu os tais portugueses declararem que iam mata-lo, á porta da casa. Uma noite, estando em sua morada, ouviu J. E. na Redação do “Correio da Manhã” xingar os doutores dêsse jornal e ao mesmo tempo afirmar que quem estava proferindo os improperios contra eles, era o paciente. Outra noite soube que os referidos doutores queriam mata-lo, o que achou razoavel em vista da intriga armada por J. E.

Quiz nessa ocasião sair de sua casa para ir tomar uma satisfação a este, no que foi obstado por sua esposa, que o trancou num quarto. Percebeu então que diante de sua casa estavam os tais doutores á espera que ele saisse para dar-lhe cabo da vida e ao mesmo tempo que já subiam o gerente e outras pessoas para obriga-lo a ir para a rua. Nesta emergencia dificil, sentindo-se perseguido tentou suicidar-se, golpeando com uma navalha o pescoço, onde se vê uma cicatriz linear de direção transversa na face anterior. Foi transportado para o Hospital de Pronto Socorro, donde o enviaram para o Hospital Nacional. Sabe que esteve morto e no outro mundo, pois via muita gente, alegre e contente, a cantar em torno dele. Daí em diante sempre tem visto Nossa Senhora da Aparecida e Nosso Senhor Jesus Cristo.

Declara que depois que começou a ver Deus deixou de ter medo dos seus perseguidores. Entretanto apura-se que nos primeiros tempos de sua permanencia na Secção Pinel temia pessoas que ele não via, mas supunha residirem no andar superior.

Uma manhã narrou a um inspetor da Secção que assistira durante a noite anterior o assassinato de duas meninas no referido andar, as quais lhe haviam pedido socorro e ele não pudera prestar. Confessa que desde a idade de 22 anos faz uso imoderado de parati.

No seu passado morbido relata apenas gripe, pneumonia e gonorreia. O paciente acha-se orientado no logar e no meio, porém desorientado no tempo. Conquanto compreenda bem as perguntas, não é bastante claro nas suas narrativas. Está absolutamente calmo. O tremor da lingua e dos dedos é muito evidente. Reflexos pupilares á luz e reação de acomodação normais. Reflexos patelares e aquileus vivos. Quatro reações de Nome-negativas. Urea no sôro sanguineo 0,40 %...

———«*»———

PROFILAXIA DA SIFILIS NERVOSA

PELO

DR. WALDEMIRO PIRES

E' uma verdade que precisa ser repetida, para melhor ficar gravada no espirito de todos – que o perigo da sifilis está nas manifestações nervosas.

O dominio da sifilis nervosa é imenso, observando-se até um certo paralelismo, entre a cultura de um povo e a frequencia da meta-sifilis. O aforismo de Kraff Ebing infelizmente ainda é verdadeiro – civilisação e sifilisação.

No Egito, Algeria e Marrocos 70% dos indigenas têm a reação de Wassermann positiva no sangue todavia os casos de lesões nervosas são extremamente raros.

Os negros da America do Norte, que eram até ha 50 anos refratarios a neuro-sifilis, tornaram-se sensiveis, demonstrando que não ha raça cujo sistema nervoso seja imune ao treponema.

Sezary estabeleceu a comparação entre a evolução da sifilis na Europa e nas regiões tropicais. A sifilis européa manifestou-se a principio com alterações cutaneas, mas com o correr dos tempos os acidentes tegumentares, foram sobrepujados pelas lesões nervosas. Nos países exóticos, em que a sifilis nervosa era rara, tende a aumentar. A diferença é que essa evolução, já avançada na Europa, está apenas em início nos países tropicais. As duas formas de lues neurotropica e dermatropica, nada mais são do que fases evolutivas da mesma doença.

Para Finger, em que pese o exagero, a sifilis perdeu o seu carater de doença da pele e tambem o direito de ser tratada em uma clínica dermatologica. Não iremos tão longe, mas pensamos que a sifilis começa pelo dermatologista e termina no neurologista.

A evolução da sifilis atravez dos tempos baseia-se no predominio das formas nervosas em detrimento dos fenomenos cutaneos. A deficiencia progressiva do exantema devemos, em parte ao poder alergico do organismo, favorecendo a fixação do treponema nos centros nervosos. A exuberancia das manifestações cutaneas, ativa, pois, as reações alergicas, impedindo, a radicação do germe no tecido nervoso. A alergia deve ser considerada como um fenomeno de defesa e quanto maior fôr a sua intensidade, tanto menor a probabilidade de uma afecção nervosa sifilitica.

Depois das experiencias de Roux e Borrel, Guillain e Laroche sabemos que o cerebro constitue no organismo humano uma meio especial, que escapa ás regras gerais da imunidade natural ou adquirida, ativa ou passiva. O fato já foi verificado para a toxina tetanica, diftérica e tifica. Um organismo imunizado contra essas infecções o cerebro permanece sensivel a inoculação intracerebral, sendo o unico orgão que demonstra não possuir defesa imunitaria. Uma lesão secundaria cutanea ou mucosa cura-se facilmente, sob a ação de uma medicação específica e mesmo espontaneamente, ao passo que os treponema refugiados nos centros nervosos, não são atacados pelas imunizinas nem pelos agentes treponimicidas, introduzidos por via saguinea ou sub-aracnoideana.

O tecido cerebral, como um orgão pobre em imunisinas e não contando com anticorpos para a sua defesa, torna-se incapás, de repelir, com vantagem a invasão da infecção sifilitica.

A questão do dualismo do virus, que esteve em voga durante certo tempo, foi ultimamente sustentada por Levaditi, apoiado em suas experiencias. Descreveu uma serie de infecções, cujo virus tinha afinidade para a pele e para o sistema nervoso, tal como o virus da poliomielite, da herpes, da encefalite epidemica, afecções por ele designadas, como ectodermose-neurotropica. Levaditi sustentou que o virus sifilitico apresentava duas variedades distintas quando inoculada no coelho: uma variedade retirada do cancro humano que ele denominou de virus *trufii* e outra obtida por inoculação de sangue de paralitico geral no testiculo do coelho. O primeiro seria o virus dermotropico, o segundo seria o virus neurotropico.

Jaknel demonstrou que o virus nervoso de Levaditi seria o mesmo que o agente de uma doença especifica dos coelhos – a *espirocheta cuniculi.* Um argumento poderoso contra o neurotropismo, é a coexistencia de lesões de meta-

sifilis e cardio-vasculares no mesmo doente. Desejamos mencionar um fato que os autores silenciam sôbre ele – é o que diz respeito a sifilis latente dos pais, determinar lesões nervosas graves nos filhos. Nós observamos 5 casos de paralisia geral juvenil e 1 de tabes infantil, cujos pais foram examinados e não foi possivel descobrir a suspeita de uma lesão nervosa sifilitica.

Para Marinesco, o espirocheta produtor da sifilis nervosa, não constitue uma raça especial, sinão depois do começo da infecção adquirindo qualidades de neuro-tropismo, depois da invasão do organismo. Não existe virus neurotropico, no sentido de uma forma especial de treponema. O que se observa é uma diminuição da reação da pele, enfraquecendo a defesa imunitaria, tornando possivel um ataque ao sistema nervoso.

Em sintese podemos dizer que a sifilis pobre em manifestações cutaneas é a que mais predispõe a neuro-sifilis. Este modo de encarar o problema é compartilhado por todos os autores que têm estudado a questão da patógenia da sifilis nervosa.

Alguns sifilografos dizem que o tratamento insuficiente, acarreta serios prejuizos ao organismo, transformando a sifilis, em meta-sifilis.

As experiencias de Plaut e Mulzer justificam a hipótese de tratamento insuficiente exaltar a virulencia dos espirochetas. Provocavam a sifilis experimental em coelhos e apenas obtinham lesões ordinarias sem nenhuma repercussão sôbre o liquor, mas quando injetavam neo-salvarsan abaixo da dóse terapeutica, verificavam alterações inflamatorias no liquor dos animais inoculados pela sifilis.

As neuro-recedivas que representam um terciarismo antecipado como provam trabalhos de Gilberto Moura Costa, são provocadas por um tratamento arsenical insuficiente. A medicação anti-sifilitica na fase seticemica expelem os espirochetas da torrente circulatoria forçando-os a procurarem abrigo nos espaços sub-acracnoideanos, onde não poderá chegar a ação destruidora dos agentes quimicos. Tambem a contaminação dos espirochetas que já tiveram contato com medicação anti-sifilitica, dá nascimento a uma sifilis com outra evolução, bem diferente da sifilis produzida por um espirocheta virgem, da quimioterapia especifica. Para Wilmans a causa de uma variedade neurotropica seria devida ao tratamento anti-sifilitico que é insuficiente ou tardio em mais de 90% dos casos. E' melhor não tratar a sifilis do que ministrar uma terapeutica insuficiente. Precisamos fa-

zer uma diferenciação, entre doentes tratados irregular e insuficientemente e os submetidos a uma terapeutica segura e bem orientada. Não se deve temer a sifilis nervosa quando se pratica um tratamento completo bem controlado pelos exames clinico e humoral. A cura da sifilis no individuo bem tratado, fala mais alto do que qualquer outro argumento em favor da quimioterapia moderna. As extraordinarias vantagens que derivam do tratamento energico e seguro da sifilis, são incalculaveis para o individuo e para a coletividade.

A atividade cerebral, certas intoxicações endogenas ou exogenas põem o sistema nervoso em condições de menor resistencia facilitando o desenvolvimento do treponema. Revaut julga que a atividade do tecido nervoso acompanha-se de reações quimicas que põe em liberdade substancias redutoras que podem ser encontradas no liquor.

Tem se verificado o aumento de corpos redutores no liquor da neurosifilis. Estas substancias favorecem ainda mais a vida do treponema no seio do sistema nervoso por ser um germen anaerobio.

São os individuos nos quais os fenomenos de oxidação estão reduzidos ao minimo, os mais predispostos a localisação nervosa do treponema. O alcoolismo, a surmenage cerebral, a vida em um ambiente confinado, fornecem grande contingente as complicações nervosas da sifilis. Ao contrario, a vida dos campos, oxigenando largamente o organismo, sem surmenage, nem intoxicação, cria um meio pouco favoravel a germinação do treponema nos centros nervosos.

Um problema importante, é saber o caminho que segue o virus sifilitico para alcançar o sistema nervoso. O sistema nervoso, devido a sua situação anatomica, fica até certo ponto isolado do resto do organismo pelos seus envoltorios, e sobretudo pelo liquido cefalo-raquidiano, no qual ele flutua. Esta autonomia histobiologica (Sicard) do nevraxe condiciona as formas clínicas e anatomopatologicas da sifilis nervosa.

Existem tres vias presumiveis para a penetração do treponema no sistema nervoso: a sanguinia, a sub-aracnoideana e a dos nervos. O polimorfismo da sifilis nervosa pode-se explicar, até certo ponto, pela multiplicidade de caminhos que têm o espirocheta para chegar ao nevraxe. Para os que admitem a via dos nervos, isto é, a ascensão do virus pelos espaços linfaticos peri-ou-endoneurais, a questão ainda não está definitivamente resolvida. Pode-se explicar a invasão dos espirochetas, simultaneamente pela via sanguinea e sub-aracnoidéana. E’ possivel que cada via condicione uma modalidade diferente de neuro-sifilis.

Os dados clínicos, anatamopatologicos e humorais reconhecem duas formas de sifilis nervosa. A sifilis nervosa arterial ou interstical na qual os espirochetas penetrando no neuraxe, lesam, a principio, os vasos, o tecido conjuntivo que os envolve e as meninges. A sifilis nervosa parenquimatosa, na qual a lesão é o proprio tecido nervoso sendo a meningo-vascularite e a meningite cronica fenomenos secundarios.

As experiencias feitas com substancias corantes, introduzidas nos espaços sub aracnoideanos, impregnam a medula e mesmo a cortex do cerebro, sem penetrar profundamente. Para Spatz a distribuição do corante no nevraxe, introduzido no liquor é carateristico e em geral analogo á topografia do processo inflamatorio cerebral. A via sub-aracnoideana seria pois a responsavel pela lesão inflamatoria da sifilis cerebral. Esta hipotese concorda com os resultados sorologicos. Os espirochetas ao penetrarem no liquor se espalham de forma identica ás granulações de substancias corantes. Na sifilis cerebral os espirochetas só são encontrados nas primeiras camadas da cortex, onde é sede á lesão inflamatoria, justamente nos pontos impregnados pelas granulações do corante. E' provavel que as vias linfaticas perineurais representem a porta de entrada da infecção nos espaços sub-aracnoideanos. Na meta-sifilis os espirochetas passam dos vasos cerebrais ao parenquima nervoso, vencendo a barreira hemato-encefalica. Desde que conseguem penetrar no tecido nervoso podem sôbreviver e proliferar, porque não são agredidos, encontrando no interior da substancia cerebral, condições propicias ao seu desenvolvimento. A presença dos espirochetas na cortex e no striatum da paralisia geral fala em favor da propagação pela via sanguinea, devido a permeabilidade dos vasos cerebrais. E' provavel que a via de penetração do virus sifilitico seja o fator determinante da modalidade da neuro-sifilis. Não é possivel afirmar-se categoricamente, mas é muito provavel que a via sub-aracnoideana condicione a sifilis cerebral e a via sanguinea determine a meta-sifilis.

A profilaxia da sifilis nervosa baseia-se, principalmente, no exame do liquido-cefalo raquiano. Quando se suspeita uma afecção nervosa ou melhor ainda, ao terminar o tratamento de um sifilitico, é indispensavel verificar-se se ha qualquer alteração no liquor. Este exame é tão precioso, que póde ser considerado como uma verdadeira biopsia dos centros nervosos. E' por isso que no Dispensario de neuro-sifilis da Fundação Gaffrée-Guinle o *exame do liquor* é pra-

ticado sistematicamente em todo individuo suspeito da mais leve manifestação nervosa. Esta orientação clinica tem sido amplamente compensada pela vantagem de permitir um diagnostico precoce e uma terapeutica energica e eficaz. Sem o exame do liquor a impossivel o estudo de uma afecção nervosa sifilitica.

Deve ser feito sistematicamente em todo sifilitico, com o fim de prevenir as complicações graves da neuro-sifilis. Não devemos esperar o inicio de um sintoma neurologico, porque neste caso o exame do liquor apenas viria confirmar um fato já verificado clinicamente. As lesões podem evoluir silenciosamente durante anos e esse trabalho lento de destruição dos centros nervosos só o estudo criterioso do liquor será capaz de revelar. Trata-se de descobrir o periodo ernbrionario da neuro-sifilis ou a fase biologica da sifilis nervosa como o chamou Ravaut. A denominação alemã de *liquor lues* corresponde a esta fase biologica da sifilis nervosa, mas é menos feliz porque o liquor não está propriamente sifillisado, apenas as lesões nervosas vão se refletir sobre ele.

A noção fecunda de que os sinais biologicos precedem aos sintomas clinicos realizou um processo admiravel para a profilaxia da sifilis nervosa. A punção lombar com os fenomenos de intolerancia que acarreta dificulta sobre modo a pratica do exame do liquor. A cefaléa e os vomitos consequentes a punção lombar deixavam no doente uma impressão penosa, não sendo possivel realizá-la nos diversos estados evolutivos da sifilis.

A punção sub-ocipital resolveu definitivamente o problema, visto os fenomenos de intolerancia não serem observados, senão excepcionalmente. A cefaléa, a raquialgia, as nauseas e os vomitos constituem uma verdadeira raridade clínica na punção sub-ocipital.

Nós tivemos oportunidade de observar 20 casos que apresentaram acidentes consecutivos a punção lombar e um mês depois fizemos nos mesmos doentes a punção sub-ocipital, não observando nenhum sintoma de intolerancia, como havia acontecido com a punção lombar. Em 15 casos em que a punção sub-ocipital havia sido admiravelmente tolerada fizemos um mês depois a punção lombar e 5 manifestaram sintomas francos de intolerancia, a despeito das precauções necessarias. Nós já, fizemos cerca de 3.800 punções sub-ocipitais e não verificamos nenhum acidente mortal. Os doentes submetem-se sem o menor constrangimento a

mais de uma punção sub-ocipital, caso seja necessaria, porque desconhecem os torturantes sintomas de intolerancia. Julgamos que a punção sub-ocipital deve ser praticada sistematicamente, principalmente em doente de ambulatorio, graças a sua tolerancia a simplicidade.

O clinico deve escolher o momento oportuno para realizar o exame do liquor. Quando se trata de uma sifilis no periodo primario ou secundario, ministramos o tratamento intenso arseno-bismuftico com o fim de obter a esterilização do organismo, isto e, o desaparecimento dos acidentes e a reação de Wassermann negativa. Uma vez conseguido esse resultado, repouso de um mês, e depois 2 series de neo-salvarsan e bismuto complementares. Esta consolidação evita que a soro-reação torne-se positiva. Depois do repouso de dois meses pratica-se a prova da reativação e em seguida a soro reação. Se o resultado for negativo, fazer então a raquicentese. (Sezary). Se houver reação inflamatoria do liquor (linfocitose e albuminose) deve ser interpretada, menos como uma reação de natureza septicemica, que a fase preclinica da sifilis nervosa. Nestas condições sem perda de tempo devemos fazer a malarioterapia. Se for normal proseguiremos com o tratamento, cada vez mais brando, durante 3 a 4 anos a fim de consolidar o resultado almejado.

Ravaut julga que a sifilis tem um periodo de instabilidade que vai do 1º ao 2º ano em que uma reação negativa pode se tomar positiva, passando esse periodo, uma reação negativa, tem probabilidade de permanecer negativa, e dá indicação mais ou menos segura sôbre a integridade dos centres nervosos. Por isso é conveniente fazer uma 2ª raquicentese no 4º ano. Neste periodo se houver uma alteração do liquor, corre por conta de uma dues embrionaria do sistema nervoso que poderá ser tratada antes do aparecimento dos sintomas objetivos.

Uma unica punção ao terminar o tratamento no 1º ano não poderá prever as repetidas recedivas, entrecortadas por periodos de latencias e que se pode verificar na reação menigéa. Golay demonstrou que póde haver reação meningéa consequente a septicemias remotas.

Steiner diz que, salvo raras exceções, o curso uniforme, progressivo, e sem oscilações constitue um fato raro na sifilis nervosa em seu inicio. Se nos limitarmos a punção depois de 4 anos, é possivel que a reação meningéa seja revelada mais tardiamente e as lesões nervosas já em plena evolução sejam rebeldes a medicação específica.

Se si trata de um doente sifilitico que observamos pela primeira vez, torna-se necessario o exame do liquor, mesma na ausencia de sinais clinicos de neuro-sifilis. Se o resultado for negativo, póde se dizer que não ha lues nervosa em evolução e se for positivo os tratamentos malarico e especifico tornam-se indispensaveis.

Kyrie julga poder obter bons resultados com a malaria não só nos casos avançados de neuro-sifilis central, como tambem no inicio da infecção. Inoculou com bons resultados cêrca de 250 doentes de sifilis tardia e 205 casos de sifilis secundaria, alguns já em invasão nervosa. O seu metodo consiste em aplicar uma serie de neo-arsifenamina (3,0 em quatro semanas) e logo depois, a inoculação da malaria, seguida de outras series de neo-ansifenamina consumindo 3 meses com o tratamento. Houve apenas 3 casos com recidiva, porque se recusaram a neo-arsifenamina depois do paludismo.

Pode se curar a sifilis secundaria com este metodo. E' indicado em todos os casos de mais de 4 anos de infeção, cuja reação de Wassermann é positiva no liquor e sangue. Ela torna-se rapidamente negativa eliminando o perigo iminente de tabes e de paralisia geral. Para Finger este metodo supera a todos os demais. Em todo sifilitico que tern uma reação de Wassermann positiva no sangue, resistente ao tratamento, ou com alterações no liquor depois da fase septicemica, a aplicação da malaria torna-se compulsoria como elemento curativo e profilatico da sifilis nervosa. A malarioterapia sem tratamento especifico curativo não evita as complicações de meta-sifilis. Já observamos 25 do entes que contraíram sifilis, depois de meses e anos tiveram malaria em zonas paludosas, o que não evitou o aparecimento da paralisia geral. Quero tambem referir-me a um caso de tabes em uma creança heredo-sifilitica que teve impaludismo aos 6 anos e aos 10 anos apresentava o quadro clinico de tabes juvenil com atrofia do nervo otico. Observamos 2 casos de tabes em que inoculamos a malaria, descuraram-se do tratamento esipecifico e voltaram novamente ao serviço 2 anos depois com tabo-paralisis. Julgamos indispensavel fazer a medicação especifica depois da malarioterapia.

E' uma observação corrente que uma lues nervosa precoce tem pouca probabilidade de vir a se transformar em meta sifilis.

Nonne relata que, em seu enorme material clínico, ainda não encontrou um caso de tabes ou de paralisia geral em cuja anamnése descobrisse uma meningite precoce e que em nenhum caso de meningite precoce, ele veiu a ter noticia da evolução de uma tabes ou paralisia geral. Nós temos atualmente internado no Pavilhão Guinle do Hospicio Nacional, um caso de paralisia geral, que em 4915 teve uma neuro recidiva, na fase de secundarismo, consequente a insuficiencia de tratamento arsenical. Em 1922 observamos; no serviço de neuro-sifilis um doente com meningo-recidiva, 2 mezes depois do cancro, tambem ocasionada por tratamento arsenical insuficiente. A reação meningéa era intensa, apresentava 620 limfocitos por mm3. Os fenomenos clinicos confirmavam esse diagnostico. Tomou 1.50 de neosalvarsan, abandonou o tratamento por julgar-se completamente curado. Ha mezes fomos chamados para examiná-los e verificamos um quadro clinico de paralisia geral, já em plena decadencia mental. O exame humoral confirmava esse diagnostico. Está atualmente em franca remissão, exercendo a sua atividade profissional, graças a ação miraculosa da malarioterapia.

Podemos admitir com Steiner a frente, por analogia com outras espiroquetoses, como a febre recurrente, que o treponema da sifilis, por ocasião da invasão generalisada, tambem penetra precocemente, no tecido nervoso. Chama a atenção realmente o fato de serem intensas as alterações do liquor nos casos em que as manifestações cutaneas são minimas. A primeira alteração do liquor na sifilis é a hipertensão. E' o sintoma inicial de uma irritação meningéa, no curso da sifilis primaria. Antes de Dujardin chamar a atenção para esse fato, entre nós, Gilberto Moura Costa fez a sua camunicação á Sociedade de Neurologia e Psiquiatria, sobre a importancia da hipertensão do liquor como o prodromo da irritação meningéa. Depois aparece por ordem cronologica a alteração celular. O exame citologico do liquor, é incontestavelmente um elemento sintomatico importante que indica com fidelidade uma possivel alteração do sistema nervoso consequente a sifilis. No periodo secundario, que é fase septicemica da doenca, a frequencia das lesões nervosas é consideravel. Em 64 % dos casos encontra-se uma linfocitose.

Steiner diz que em 60 % dos casos ha alterações do liquor (pleincitose, algumas vezes hiperalbuminose, e raramente a reação de Wassermann positiva). Parece mesmo

que nesse periodo verificam-se quasi sempre alterações do liquor não sendo comprovado em todos os cases, porque no memento da punção, elas podem já ter desaparecido ou ainda não terem se desenvolvido. O numero de celulas contido no liquor, consideradas como normal, é na punção subocipital de um: linfocito por mm3 e de dois para a punção lombar. Gonsideramos em uma reação discreta na punção sub-ocipital de 2 a 4; positiva de 6 a $_1$10; fortemente positiva de 15 linfocitos por mm3.

Não ha paralelismo entre o numero de linfocitos e a gravidade da afecção nervosa. Podemos encontrar uma linfocitose discreta na paralisia geral, que é a sifilis maligma do sistema nervoso e linfocitose monstruosa na neurorecidiva, que regride facilmente á medicação especifica. Muito mais importante é o exame qualitativo das celulas pelo processo de Ravaut e Boulin, conhecido como metodo de coloração vital. As celulas mortas do liquor coram-se rapidamente e as vivas só se deixam corar, quando diminue a vitalildade ou quando se acham completamente mortas. As celulas vivas indicam um processo sifilitico ativo em plena evolução e as mortas evidenciam lesões antigas, com tendencia a esclerose. Encontramos no liquor dos sifiliticos linfocitos, mono-nueleares e "plasmazellen". Estes ultimos constituem uma caracteristica histologica da sifilis, observando-se no liquor ou nos tecidos têm a mesma importancia. A sua presença é um indice seguro de um processo sifilitico agudo, testemunhando o acometimento grave das meninges. Os elementos celulares têm como origem as lesões meningo-vasculares que envolvem o parenquina nervoso. A. ausencia de linfocitose não exclue a existencia de uma lesão sifilitica do sistema nervoso, por que ha lesoes circunscritas do cerebro e medula, sem participação intensa das meninges.

No estado normal o liquor contem uma quantidade minima de serum-albumina na proporção de 0,20 por litro. Depois da linfocitose a hiper-alburminose é a alteração mais precoce do liquor na sifilis. E' possivel explicar a presença de albumina em excesso, pelo aumento da permeabilidade meningéa ou pela leucolise local ou ainda pela excreção no liquor de substancias albuminoides proveniente da desagregação do sistema nervoso na sifilis. As globulinas não existem normalmente no liquor, mas podem aparecer em certas afecções do sistema nervoso. A inespecificidade para a lues do aumento das globulinas no liquor

é um fato, mas não diminue o alto valor semiologico, pela frequencia na neuro-sifilis. Em certos processos cronicos de sifilis nervosa, a taxa de globudina póde ser mais elevada que a da albumina. Não foram poucos os processos propostas para a verificação das globulinas. A triade é constituida pelas reações de Nonne, Pandy e Weichbrodt praticadas correntemente no serviço de neuro-sifilis da Fundação Gafée-Guinle por fornecerem resultados da mais alta significação para o diagnostico da sifilis.

As reações coloidaes abriram um novo capitulo no diagnostico das afecções sifiliticas do sistema nervoso. A sua importancia é extraordinaria, como meio semiologico do diagnostico e prognostico da sifilis nervosa. As reações coloidais que conseguiram entrar no dominio da pratica foram a do ouro coloidal, a de mastic, a do benjoim coloidal e a da colofonia. A reação do ouro coloidal de Lange, e a mais sensivel, por isso deve ser a preferida na pratica, sendo feita sistematicamente em todos es liquidos cefalo-raquianos. No diagnostico precoce de uma sifilis que vae caminhar para a meta-sifilis que se vê o extraordinario valor das reações coloidais ainda apagadas ou mal esboçada a fisionomia clinica já encontramos com nitidez no diagrama das curvas, além da etiologia a variedade clinica da sifilis nervosa. A reação de Wassermann no sangue, se bem que repouse sobre tecnicas diferentes, converge para o mesmo fim, que é revelar a presença de substancias que se desenvolvem nos tecidos sifiliticos, sob a ação de treponema. A relação da reação de Wassermann com a sifilis é tão estreita que, salvo raras exceções, deve ser considerada como especifica. Tem o seu maximo de positividade no periodo secundario. Uma vez passado o periodo septicemico cai automaticamente, mesmo na ausencia de tratamento, ficando proporcional a intensidade dos focos sifiliticos em atividade.

Uma reação de Wassermann no sangue resistente ao tratamento deve despertar a suspeita de uma localisação nervosa.

A reação de Wassermann negativa no sangue não fornece nenhum elemento seguro sobre o estado atual e ainda menos sobre o future de um sifilitico.

No nosso material clinico verificámos tres casos que após a infecção sifilitica trataram-se insuficientemente e todos os anos não se esqueciam de fazer uma ou duas series de injeções mercuriais. A reação de Wassermann reiteradas

vezes, se houve negativa. A sifilis no lapso de 10 a 12 anos evoluiu para paralisia geral. A malarioterapia ocasionou remissão completa em 2 deles e o outro vive ainda mergulhado na mais completa dementia.

O Prof. Muller aconselha, ao lado de uma reação de Wassermann bem feita, duas reações sensiveis de floculação, para observação do diagnostico e do tratamento, que na epoca atual seriam a Reação de Kahn e a *Balung* Reação de Muller. Tivemos oportunidade de observar um doente de neuro-sifilis, em que a reação de Wassermann no sangue foi impediente 3 vezes, feitas pelo competente sorologista Dr. Cerqueira Luz e apelamos para as reações de Kahn e de Muller e ambas deram um resultado fortemente positivo.

Julgamos o exame exclusivo do sangue, como um meio infiel para a profilaxia da sifilis nervosa.

Para conhecer perfeitamente o estado do sistema nervoso é indispensavel o exame do liquor.

A reação de Wassermann no liquor foi praticada pela primeira vez por Plaut, que demonstrou ser o elemento mais importante para o diagnostico da sifilis nervosa. A reação de Wassermann positiva quasi sempre decide da natureza de uma afecção nervosa.

Dujardin admite, embora não esteja definitivamente provado, que as reaginas do liquor, originam-se no sangue, e passam para o liquor em consequencia da permeabilidde meningea, provocada por lesões meningo-vasculares. Ha certos fenomenos que dificilmente seriam explicados, se admitirmos exclusivamente a origem sanguinea. A reação de Wassermann positiva no liquor e negativa no sangue ou menos intensa no liquor que no sangue. Este fato vem em apoio a teoria que procura explicar as reaginas do liquor devido a uma desagregação do parenquima nervoso. Levaditi e Yamanouchi demonstraram que as reações do sangue e liquor nem sempre evoluem paralelamente visto os 2 humores agharem-se em compartimentos separados. Kafkn julga que as reaginas do liquor são produzidas pela açãao direta dos treponemas sobre os centros nervosos. Na paralisia geral a R. W. é positiva em 100 %, nas tabes 70 % e nas lues-cerebro-espinhal 65 %. Os casos de tabes e lues cerebro-espinhal nos quais a reação de Wassermann é negativa com o 0,2, se empregarmos maior quantidade de liquor (0, 4, 0, 5, 1 cc.) de acôrdo com o metodo de deforço de Hauptmann e Hossli, podemos obter um resultado positivo.

Nonne procurou interpretar a questão da quantidade maior no liquor para positivar o restaltado, pela presença de corpos iníbidores na sifilis cerebral e na tabes.

Sicard não tinha razão, quando dizia, não haver reação de Wassermann positiva no liquor, sem a existencia de urn sintoma neuro-psiquiatrico. Nós já observamos 4 casos de sifilis nervosa asintomatica, nos quais a reação de Wassermann foi positiva no liquor. Ravaut por questões de escrupulo e desejando esclarecer o assunto, verificou alguns casos com reação de Wassermann positiva no liquor, nos quais Guillain não havia encontrado nenhuma manifestação clinica. Palo que acabamos de expor, podemos concluir que o exame do liquor é quasi decisivo para o diagnostico.

As reações de liquor podem se apresentar isoladas ou associadas, dependendo de uma lesão do parenquima ou apenas de uma alteração das meninges. Elas não aparecem ao acaso, pois têm a sua evolução perfeitamente estabelecida. A primeira a se manifestar é a hipertensão, logo depois segue-se a reação celular. Quando a reação citologica é fugaz predominam os linfocitos, os mononucleares, e raros plasmazelen e não se acompanham de outras reações. Regridem facilmente sem deixar o menor vestigio. Se por acaso a reação celular persiste, aos linfocitos juntam-se os polinucleares e depois os plasmazelen. A hiperalbuminose vem depois da linfocitose e em seguida aparecem as globulinas, finalmente as reações coloidais e a reação de Wassermann tornam-se positivas. Esta evolução póde se realisar rapidamente como se verifica em certas modalidades da sifilis nervosa precoce ou se processar lentamente. As reações inflamatorias (linfocitose e albuminose) são as primeiras a regredir corn o tratamento. A reação de Wassermann é a mais rebelde á terapeutica especifica.

Podemos distinguir, modificando urn pouco o modo de ver de Ravaut, 3 tipos humorais:

As reações ligeiras são as que se acompanham, sobre tudo de uma reação puramente celular.

As reaeoes medias caracterisam-se pela reação celular corn numerosos plasmazelen, aumento da albumina e presença de globulinas.

As reações fortes particularisam-se, porque além do aumento de celulas e albuminas, as globulinas, as reações coloidais e Wassermann são positivas.

Esta classificação visa apenas uma esquematisação para melhor compreensão dos resultados. Todas essas altedações biologicas estudadas, podem evoluir silenciosamente e só o exame do liquor poderá revela-las.

Kyrle, examinando, sistematicamente o liquido cefalo raquiano, da sifilis latente, 10 anos depois da infecção, encontrou em um grande numero de casos, alterações humorais, sem sinal de lesão sifilitica do nevraxe. Este fato vem ressaltar a necessidade do exame do liquor, como unico meio que pode fornecer um criterio seguro para a profilaxia da sifilis nervosa.

Não relegamos para um plano secundario o exame clinico, que reputámos indispensavel, apenas focalisamos os sintomas biologicos, que permitem surpreender o periodo pre-clinico, quando ainda é possivel evitar a invasão definitiva do sistema nervoso.

A medicina progrediu muito nos ultimos tempos a ponto de derrogar o aforismo de Fournier – a sifilis dorme, mas não morre.

Possuimos atualmente elementos semiologicos e terapeuticos, capazes de dar ao sifilitico uma garantia sobre o futuro de seu sistema nervoso. Assim realisamos o fim da medicina social que é prevenir as doenças.

————«*»————

Teoria normal do cerebro e da inervação e sua aplicação á patologia cerebral

PELO

DR. JEFFERSON DE LEMOS

Desde as imortais descobertas de Gall, realizadas no seculo passado, sôbre a fiziologia e a anatomia do cerebro, não é mais licito considera-lo como uma vicera, isto é, como um órgam, e sim como um aparelho, que é um conjunto de órgans, para um certo resultado, consistindo em *sentir, pensar* e *agir*. Em virtude, porém, de circunstâncias insuperaveis, não foi possivel ao grande biologista realizar um trabalho acabado, o que ficou reservado ao genio enciclopedico e melhor preparado de Augusto Comte, que, não só completou cabalmente as descobertas de Gall como ainda formulou as leis segundo as quais se realizam as funções do grande aparelho, indicando, ao mesmo tempo, a verdadeira teoria da loucura.

A voz desses grandes fundadores não foi, porém, até hoje, ouvida pelo mundo ,academico. O empirismo continúa como unico guia de seus interminaveis debates. E, enquanto os seus laboratorios acumulam pesquizas sôbre pesquizas, na esperança de encontrarem o filão da verdade, os teoristas continuam a arquitetar teorias sôbre teorias, que hoje surgem para serem logo depois substituidas por outras que lhes tomam provisoriamente o logar.

No entretanto, não é dificil compreender que os trabalhos de laboratorio, muito analiticos, perdem-se, na sua grande maioria, pois que não será da contemplação de um seixo que nos surgirá a ideia da montanha; e que do mesmo modo, uma teoria qualquer, para que esprima a realidade, tem que abranger o todo, e não, ficar, apenas, limitada a

uma de suas partes. Toda teoria parcial ha de ser, pois, incompleta e provisoria, si não se subordinar a uma sistematização total, capaz de nos fazer continuamente surgir a ideia do conjunto de que faz parte.

Só, portanto, uma sistematização sintética, do mundo e do homem, será capaz de exprimir a realidade objetiva e a justeza subjetiva, limitada, aliás, como não póde deixar de ficar, á nossa contingencia planetaria e humana. Relativa a essa contingencia, a síntese jamais poderia ser absoluta. Só ha de exprimir um meio termo entre os dous extremos que nos serão sempre inacessiveis – o infinitamente pequeno e o infinitamente grande. E, uma vez que não podemos ter conhecimentos absolutos a respeito de nada, *o relativismo* é ditado pelo conjunto de nossas necessidades, morais, intelectuais e materiais. Quando, pois, esses conhecimentos e nossa ação sôbre o mundo e sôbre nós mesmos, chegárão a esse resultado, é que são suficientes e nos bastam. O mais seria perder tempo e trabalho inutilmente.

A aceitação dessas verdades resulta, sem dificuldade, da assimilação da construção filosofica de Augusto Comte. Aplicando-se ao caso que nos ocupa, a teoria do cerebro e da inervação, facilmente se rode tambem verificar que foi a falta dessa sistematização geral que impoz, mesmo a um genio como o de Gall, o ter deixado inacabada a sua grande fundação, retomada, logo depois, por Augusto Comte, sob melhores auspicios. Mas essa consideração deixa, principalmente, em evidencia, a impossibilidade ainda maior em que se acham os cientistas especialistas, portanto, sem o necessario preparo enciclopedico, de acertarem com o verdadeiro caminho, continuando com o mesmo empirismo dos antecessores de Gall.

Esse desvio foi motivado pelo ánatema academico contra as descobertas da fiziologia do cerebro, originada da incapacidade politica de um despota retrogado. Havendo subordinado os cientistas oficiais ao seu mando, mediante a fraqueza moral do chefe do academicismo de maior prestigio do seu tempo, o barão de Cuvier, Bonaparte legou á sua época, além da retrogradação guerreira, a retrogradação cientifica. A psicologia germanica continuou, por isso, na ordem do dia.

As leis naturais, porem, não falham nunca, e, ao mesmo tempo que, hoje, o prestigio de Bonaparte empalidece, mesmo no seio do povo onde surgiu, é, cada vez maior a repulsa contra o grande flagélo da guerra, enquanto o estudo dos fenomenos cerebrais vai se aproximando, cada vez mais, de uma melhor racionalidade.

Basta verificar-se a tendencia geral dos psicologistas e psiquiatras a aceitarem a triade cerebral, (triade psicologica, como chamam) que distingue as tres grandes ordens de funções do aparelho cerebral – a afetividade, a inteligencia e a vontade – só se devendo notar a má aplicação do ultimo termo, pois que a vontade não é uma função simples, e sim, resulta do funcionamento total do cerebro. Inteiramente se lhe ajusta, porém, a dezignação de *caráter* que lhe foi dada por Augusto Comte. Não mais é precizo, assim, para que o caminho seja decizivamente retomado, do que aceitárem a séde cerebral dos sentimentos e do carater, como já a aceitam para a inteligencia, pois que funções diferentes hão de ter orgãos diferentes, e a multiplicidade de cada um dos elementos da triade. E' uma questão essa que lógo decide no assunto, abrindo um caminho imenso á interpretação dos fenomenos cerebrais, no cazo normal ou no patológico.

Desde então, se ha de reconhecer que tudo o que Freud diz em relação á sexualidade, tirando o absoluto do pan-sexualismo, poderá ser dito, com mais forte razão, para o instinto nutritivo, e ainda, para o instinto materno, o destruidor, o orgulho, a vaidade, etc., com a unica diferença da maior ou menor intensidade de cada instinto nos diferentes individuos; que a *teoria dos temperamentos* encontra rigoróza explicação no principio de Broussais sôbre a identidade fundamental entre a fiziologia e a patologia, etc.

E' no exame de todas essas questões que nos propomos entrar aqui, bazeados sempre na sistematização filozófica de Augusto Comte e nas aplicações patológicas realizadas por G. Audiffrent e outros discipulos do grande Mestre.

Antes, porém, devemos, como condição necessaria, aprezentar algumas indicações sinteticas sôbre o problema biológico.

NOÇÕES FUNDAMENTAIS SÔBRE A BIOLOGIA:

O verdadeiro objeto da Biologia consiste, segundo o domonstrou o Grande Filosofo ainda desconhecido do mundo academico, em "determinar as funções de todos os órgans e os órgans de todas as funções", assim como as ações e reações de uns sôbre os outros. E, como no organismo animal tudo é indiviso, e, tanto mais, quanto é ele mais elevado na serie zoologica, não seria racional por-se o problema de fazer o estudo desses orgãos e dessas funções izoladamente, sem subordina-lo á consideração do conjunto. Não se poderia, pois sem falhar ao objetivo, estudar o cerebro ou o corpo izoladamente, como si a outra parte não

existisse, e, do mesmo modo, os órgãos e funções de cada um, em separado. Muito menos ainda seria aceitavel que se admitisse funções sem órgãos ou órgãos sem funções; funções diferentes exercidas pelos mesmos órgãos, ou órgãos diferentes para a mesma função.

O genio essencialmente sintético dessa ciencia, onde todos os aspétos gerais convergem para um fim unico, conduz a defini-la simplesmente como sendo *a teoria abstráta da vida* (1).

São principios esses, capitais da Biologia. Elles nos conduzem á necessidade de precisar, preliminarmente, umas tantas noções tambem fundamentais que os tornem melhor compreendidos. Começaremos por dizer que o espirito verdadeiramente cientifico jámais deve indagar a essencia da atividade vital ou o porque de sua existencia, e, sim, apenas, as condições em que ela se manifesta.

A primeira questão a ser posta é a da diferença a fazer-se entre o ser que vive e o que não vive, reconhecendo-se que ela resulta da estabilidade ou não da composição de um e de outro. A existencia vital exige uma continua renovação da substancia que compõe os seres vivos, emquanto que a materia que não vive tem uma grande estabilidade de composição, ás vezes indestrutivelmente, como por exemplo, o carbono do diamante. Esta instabilidade de composição exige a renovação continua de sua substancia o que impõe ao ser vivo umas tantas condições de meio para que possa subsistir emquanto que a substancia inorganica subsiste com poucas variações, em qualquer meio. Esse *meio necessario aos seres vivos,* segundo o demonstrou Blainville, consiste em uma mistura de agua e ar em diversas proporções, com predominio da agua para os seres chamados aquaticos, e do ar para os seres chamados terrestres. Entre o meio assim constituido e o ser vivo estabelece-se uma dupla troca, pela qual um modifica o outro.

O ser vivo retira do meio, incessantemente, os materiais de que carece para a sua renovação, regeitando nele os rezíduos de sua atividade vital. A vida resume-se, assim, no seu gráu mais rudimentar, em uma continua *absorção e exalação.* Dessa grande noção fundamental, resulta a melhor definição da vida, dada pelo grande biologista citado: *"vida é o resultado do duplo movimento, continuo e geral, de composição e decomposição, mantido entre o ser vivo e o meio que o cerca."*

(1) -V. SYSTEME DE POLITIQUE POSITIVE – T. 1°, pag. 585.

O modo dessa renovação de substancia, que é o que constitui a nutrição, é ainda que vai restabelecer a distinção entre os *vegetais* e os *animais.* Os primeiros são capazes de incorporar ao seu organismo as substancias minerais, vitalizando-as, enquanto que os outros só conseguem incorporar substancias que já tenham sido vitalizadas, em diferentes gráus. Em qualquer ponto onde tenham nacido, os vegetais encontrarão sempre materiais para a sua subsistencia, enquanto que os animais necessitam de escolher esses materiais e de ir buscá-los onde estiverem. Daí a necessidade de sensibilidade e de movimento, acrecida de um certo gráu de dicernimento, por mais rudimentar que seja, afim de distinguirem o que melhor lhes convem. Uma ligação interior é, assim, necessaria, nem que seja apenas reduzida a um simples elemento ganglionar. Estas tres condições são, pois, necessarias para caracterizar a vida animal ou de relação, assim chamada, justamente porque ela implica uma maior ligação entre o ser vivo e o meio. Demais, a nutrição, nos vegetais, é diretamente estimulada pelos fenomenos fisicos exteriores, e são, assim, passivos; o meio exterior domina-os inteiramente. A maior independencia do animal exige, porém, que o fenomeno nutritivo seja estimulado por um desejo interior, sem o que, pereceria. Esse desejo constitui o instinto nutritivo, a que logo se junta o instinto sexual, quando os sexos se separam. A ligação que, fatalmente, deve existir entre os elementos instintivos e os elementos perceptivos, constitui o rudimento do futuro cerebro dos animais superiores. Entre, porém, esse estado inicial e o estado final, existe ainda a grande serie dos animais ganglionarios.

Todo ser vivo acha-se, pois, em uma determinada relação com o meio. Esta relação é que nos dá a noção de *função,* e o instrumento ou agente dessa relação é o que chamamos *órgam.* Não ha ato sem agente. Não ha, pois, função sem órgam. Este é que constitui a parte estatica ou anatomica; a função é o elemento dinamico ou fisiologico. Os órgans estando, na sua grande maioria, escondidos no interior do organismo, não podem ser sempre imediatamente reconhecidos, emquanto que as funções, manifestando-se sempre pelos atos, são mais sucetiveis de ser percebidas, só havendo dificuldade em distinguir as elementares das de conjunto. A racionalidade impõe, dêsde logo, que o conhecimento dos órgans se subordine ao estudo das funções. Nisto consiste o metodo que convêm á biologia, *o metodo sub-*

jetivo, sempre sintetico, oposto ao metodo objetivo, sempre analitico (1).

A noção de *vida* liga-se assim á de *organismo,* como a noção de *função* á de *órgam.* Os órgans se constituem em grupos para um certo *resultado, e* daí a noção de *aparelho.* Os órgãos são constituidos de *tecidos* que participam das *propriedades* dos seus *elementos* componentes, que se reduzem, segundo a grande indução de Bichat, a tres gráus fundamentais, que, com as modificações que cada caso comporta, são representados pela *celula, a fibra* e o *tubo* ou nervo (2). A *celula* é o elemento de toda a vida de nu-

(1) – O método proprio da Biologia e o *comparativo,* modalidade do método subjetivo, como o são o da *filiação historica* em Sociologia e o *construtivo* em Moral.

(2) O absolutismo metafisico-materialista dos histologistas os tem conduzido a pretenderem unificar os elementos anatomicos, reduzindo-os á simples categoria de celulas. Seriam, todos, celulas transformadas. Bazeiam-se, para isso, na consideração embriogenica de sua origem, e no seu identico plano de organização, um nucleo, com um nucleolo, ao centro de um protoplasma mais ou menos granuloso ou reticulado, tudo envolvido por uma membrana. Nenhuma dessas considerações, porém, deve ser invocada, para justificar essa unificação. Basta para invalida-la, a observação que reduz todos os seres, por mais complicados que sejão, a uma simples celula, na sua origem, o ovulo; e a consideração de que a organização de todos os seres vivos se efetua sempre sob um mesmo plano, desde os mais simples aos mais complexos, só se podendo estabelecer uma diferença essencial entre os vegetais e os animais. Para cada um desses dois casos ha, porém, o mesmo padrão, sendo que o fenomeno fundamental que a todos unifica é a existencia vital.

Nem, pois, a embriogeneze, nem o modo de organização podem ser razoavelmente apresentados para estabelecer essa unificação arbitraria, enquanto que as diferenças gerais dos tres elementos da classificação de Bichat tornam-se evidentes pela separação nitida entre as propriedades de cada um dêles, o que acarreta diferença de formas e da constituição intima, o que não póde ser mais hoje contestado. Assim os elementos da vida de nutrição, cuja função se reduz, em ultima analise, á secreção e á excreção, podem e devem, para um melhor exercicio de suas propriedades, ficar sempre reduzidos a simples celulas, sob aspetos os mais variados, conforme os tecidos que constituem. Os elementos contracteis têm que ser alongados, sem o que, não poderia ser conseguido o seu encurtamento em uma de suas dimensões; é o que, realmente, se verifica em sua fórma estirada, em fibras. Os elementos nervosos, pela sua maior complexidade de funções e de aspetos exigem algumas considerações a mais.

Já nos referimos acima, á subordinação da vida de nutrição e de reprodução nos vegetais, aos fenomenos exteriores, emquanto que a vida vegetativa nos animais se acha na dependencia de impulsos interiores. Subordinados, porém, a esses impulsos interiores, ainda se acham todos os aparelhos contracteis, por isso que, uma vez suprimido esse estimulo eles se paralizam. E' do cerebro, como sabemos

trição; *a fibra* (elemento contratil) e o *nervo* (elemento de excitação), são votados á vida de relação. Ha assim uma série anatomica: *elementos, tecidos, órgãos, aparelhos e organismo,* correspondendo a uma série fisiologica – *propriedades, funções, resultados* e *vida.*

A *anatomia geral* é relativa, propriamente, á consideração dos elementos e dos tecidos. A noção de *parenquima* que é a combinação dos tecidos em cada órgão e a de *sistema* que é a combinação dos tecidos nos aparelhos, é intermediaria entre a anatomia geral e a *especial,* que, principalmente, estuda os órgans e os aparelhos (3).

todos hoje, que partem todos esses estimulos ou incitamentos. Mas, além disso, as impressões que o mundo exterior exerce sôbre nós, só, se realizam diretamente sôbre o envoltorio muco-dermico, devendo, ahi, ser transmitidas para o cerebro. E é ainda no cerebro que estas tres ordens de funções se ligam, afim de que possa haver a harmonia geral entre elas. A função mais geral do sistema nervoso consiste, pois, em *estimular* e *ligar,* e dahi a fórma que assumem os seus elementos – uma parte dilatada, de aspeto celular, donde partem grande número de prolongamentos fibrilares, uns, e cilindricos ou tubulares, outros; estes prolongamentos são curtos ou longos, conforme as ligações a estabelecer, contiguamente ou a distancias mais ou menos extensas. Da parte dilatada parte o estimulo especial de cada uma das regiões cerebrais, que é transmitido pelo prolongamento tubular. O inverso se verifica nos elementos que levam as impressões gerais e especiais do envoltório muco-dermico para os centros cerebrais.

E' esse prolongamento, pois, que caracteriza o terceiro elemento da classificação de Bichat, e, daí a denominação que lhe foi dada pelo grande biologista... O nome de *neuronio* por que é hoje conhecido, tambem lhe fica bem, porque estabelece a distinção em relação ao elemento propriamente celular, ou celula, e ao elemento contratil. Os nomes de celula nervosa ou de fibra nervosa prestam-se á confusão com os outros elementos da anatomia geral. A melhor denominação parece-nos, pois, deve ser feita pelas suas propriedades, conservando-se como generica, a denominação de elementos, *elemento vegetativo, elemento contratil* e *elemento nervoso* ou de excitação, cada um deles caracterizado por fórmas proprias, celular, fibrosa e tubular ou cilindrica. Jámais, porém, confundir tres elementos tão bem diferenciados por uma mesma denominação, que nem exprime a realidade de seus aspetos nem a realidade de suas funções, ou mais exatamente, de suas propriedades.

(3) – E' preciso não confundir a *anatomia geral,* ou, mais propriamente, como quer Augusto Comte, *anatomia abstráta,* com o que hoje se denomina *histologia.* Esta é constituida pelo estudo analitico dos tecidos, empiricamente realizado, desprendido da consideração filosófica que guiou o genio de Bichat, e que só, mesmo, ficou cabalmente esclarecida com a sistematização realizada por Augusto Comte. A grande noção de Bichat, reduzindo os elementos anatomicos a tres fundamentais, indicou logo a sua ligação com os dois modos distintos da existencia vital, o vegetativo e o *animal,* estabelecendo o ponto de partida da apreciação estática na *anatomia comparada.* Essa reno-

As funções da vida vegetativa resumem-se na *absorção,* seguida da *assimilação,* e na *desassimilação* seguida de *excreção.* A função da *reprodução* é um caso especial da nutrição. A *circulação* é a função geral que liga todas as outras. Do mesmo modo, as funções da vida de relação resumem-se, como vimos, na *sensibilidade* e na *motilidade,* que se ligam interiormente num centro que as coordena – simples neuronios e ganglios nos animais inferiores, e cerebro nos animais superiores.

Cada um desses modos de existencia está subordinado a *leis naturais,* em torno das quais deve ser coordenada toda a biologia – tres leis da vida vegetativa e tres da vida animal.

As da vida vegetativa repousam na *lei fundamental da renovação material.* As duas outras, que dela dependem, sem dela resultarem, são as da *morte,* isto é, o desaparecimento do ser vivo, depois de um periodo variavel de existencia, e a da *reprodução,* ou a capacidade que tem o ser vivo de reproduzir outros seres vivos semelhantes a si mesmo. Todos os atributos vitais, mesmo a inteligencia e a moralidaade repousam na primeira lei, que exige um suficiente equilibrio entre a absorção e a exalação.

Bichat distinguiu o carater geral dessas duas existencias, a continuidade de uma e a intermitencia da outra. Esta *lei do exercicio intermitente* é que constitui a primeira lei da animalidade. Ela conduz logo á segunda lei, a do *habito,* tambem fundada pelo grande biologista, e que a filosofia positiva liga á lei geral da persistencia, mediante a qual todo estado passivo ou ativo (estático ou dinamico), tende a persistir, depois do impulso correspondente. Daí resulta a terceira lei da animalidade, ou do *aperfeiçoamento.*

vação de Bichat correspondeu, em Biologia, á de Descartes em Geometria. Não se poderia, pois, chamar a histologia, como é hoje ensinada – anatomia geral –, como geralmente se diz, pois que ela estuda especialmente os elementos anatomicos, tirando-lhes a generalidade filosófica que constituiu o principal valor da grande fundação de Bichat.

Devemos ainda tornar bem explicito, segundo as recomendações de Augusto Comte, que não existem, na realidade, varias especies de anatomia, e sim, "diversas fázes sucessivas de um sistema unico, dos quais, cada um não poderia ser completamente julgado sinão pela sua relação com os outros. Em si mesmo, o estudo dos tecidos, por mais fundamental que seja, é puramente preliminar: porque os tecidos, isoladamente considerados, não tem sinão uma existencia abstráta, cuja verdadeira noção só o exame dos orgãos e aparelhos póde fixar". (V. PHILOSOPHIE POSITIVE. Tomo 3 – pag. 345).

O exercicio, mantido pelo habito, leva ao aperfeiçoamento conjunto do órgam e da função. E esta lei, combinada com a da reprodução, leva á da *hereditariedade,* mediante a qual, o animal tende a transmitir á decendencia os aperfeiçoamentos por ele mesmo adquiridos pelo exercicio de suas funções.

Esses principios fundamentais da biologia, na sua maioria introduzidos por BICHAT, assim como a extraordinaria coordenação anatomica por ele instituida, na sua imortal *Anatomia Geral,* colocam este extraordinario biologista como o verdadeiro fundador da ciencia da vida, segundo o julgamento de Augusto Comte. Todos os biologistas, antes dele, não fizeram mais do que reunir os materiais para essa fundação decisiva, que F. J. GALL devia completar pela descoberta da multiplicidade dos atributos superiores de nossa natureza, os atributos morais (da inteligencia, do sentimento e do carater), e a sua comun residencia no aparelho cerebral. Desde então, o cerebro não poderia mais ser considerado como uma vicera, e sim como um aparelho, e o mais complexo de todos. BROUSSAIS juntou-lhe a apreciação do caso patologico, demonstrando que a diferença entre a saude e a molestia só depende da intensidade dos fenomenos e não da diferença de sua natureza. CABANIS estuda as relações entre o fisico e o moral, isto é, entre o cerebro e o corpo. LAMARCK introduz a noção de meio, até ele desconhecida, e, preparado pelos trabalhos de *Linneu, Bernard de Jussieu* e *Saint-Hilaire,* institui a verdadeira classificação das especies vegetais, e, principalmente, dos animais, segundo o gráu de perfeição dos organismos, pela ausencia, presença ou excelencia dos órgans e das funções. BLAINVILLE dezenvolve essa instituição de *Lamarck,* introduzindo na zootaxia uma analise mais profunda e melhor concebida, no dizer de Augusto Comte, e completa a analise dos órgans dos sentidos, desdobrando o sentido táto em quatro: o táto propriamente dito, a musculação, a calorição e a eletrição. GEORGES LEROY demonstra, por curiozas observações, a identidade fundamental entre o cerebro dos vertebrados superiores e o do homem.

Todos esses grandes trabalhos não poderiam, porém, deixar de ser preliminares. Faltava completa-los, e, principalmente, coordena-los, o que estava reservado ao genio enciclopedico e excepcional de AUGUSTO COMTE. O grande emulo de Aristoteles extende o conhecimento das leis naturais aos fenomenos sociais e morais, isto é, á politica e á religião. Introduz a noção indispensavel da *Humanidade,* sem a qual nenhuma coordenação dos fenomenos humanos

teria sido possivel. Demonstra que todo estudo do homem feito isoladamente constitui uma abstração e não póde, porisso, deixar de ser preparatorio para essa grande instituição final. Ligado ao meio fisico pelos órgans corporais, o homem liga-se á Humanidade pelo cerebro. Do mesmo modo que o estudo dos órgans corporais não poderia ser feito sem o conhecimento prévio dos fenomenos fisicos exteriores, tambem seria impossivel o estudo das funções e órgans cerebrais sem o conhecimento dos fenomenos sociais, aos quais se acham indissoluvelmente ligados. Foi, principalmente, por falta desse conhecimento indispensavel que Gall só poude instituir uma doutrina incompleta do cerebro, principalmente no que respeita aos fenomenos intelectuais, apesar de sua fundação decisiva que o tornou um dos precursores cientificos de Augusto Comte.

Ao lado, pois, do meio fisico, temos que tomar em consideração um outro meio mais complexo; o *meio social,* a que o homem se acha ligado por laços indestrutiveis. Esboçado em todas as especies animais superiores, só poude desenvolver-se completamente na especie preponderante, que, exclusivamente, deveria tomar a posse biocratica do mundo. As outras especies só se podem unir a ela como auxiliares, pois que não é concebivel a existencia de duas Humanidades, ao mesmo tempo, num mesmo planeta. Basta que se considere a dificuldade que tem existido para que todos os nucleos humanos e todas as raças se fundam num mesmo corpo.

A sociabilidade humana instituida em toda a sua plenitude, resulta, pois, na formação de um novo ser, a Humanidade, cuja constituição representa o ultimo gráu de existencia vital, e cuja lei de formação é tão real e irresistivel, como todas as leis naturais, que, si fosse possivel conceber o desaparecimento inteiro da especie humana da superficie da terra, a especie preponderante, dentre as que ficassem, iria constituir-se em um novo ser que teria de reproduzir, em seus pontos fundamentais, a mesma evolução por que já passou a especie humana.

O conhecimento do cerebro acha-se, pois, subordinado ao conhecimento do Grão-Ser, em cuja constituição estática e dinamica se haveriam de descortinar as grandes leis de sua formação, ao mesmo tempo que só se poderiam dicernir as funções elementares do grande aparelho que liga o homem ao ser real que o domina.

A noção da Humanidade não deve, porém, ficar reduzida apenas á contemplação do Presente. Ao contrario, ela deve

ser principalmente extendida ao Passado e ao Futuro, por uma consideração subjetiva que deve, normalmente, predominar. Basta considerar que estes dois termos são imensos emquanto que o Presente é sempre limitado ao conjunto das tres gerações que vivem num certo momento. A lei da continuidade, segundo a qual, "os vivos são sempre, e cada vez mais, governados, necessariamente, pelos mortos", é a lei magna de toda a organização social. Assim se verifica toda a justeza da observação de Vico quando fazia do culto dos mortos a verdadeira caracteristica da especie humana (1). Dela decorre a outra lei que impõe ao homem a necessidade de "viver para outrem, afim de reviver em outrem". E assim se compreende sem dificuldade a definição subjetiva do cerebro dada por Augusto Comte – «a dupla placenta permanente que liga o homem á Humanidade", isto é, ao Passado e ao Futuro, pois que o Prezente atúa sôbre ele como o meio exterior. O grande filosofo faz então notar que o que caracteriza a *molestia ocidental* está justamente em haver rompido estas duas ordens ,de relações ao mesmo tempo, o que o deixa entregue a todas as solicitações do egoismo (2).

A vida social impõe, pois, ao homem, o dever de sôbrepor o altruismo ao egoismo. E' esta a lei suprema, unica capaz de assegurar a ordem e o progresso sociais. O altruismo é que liga o homem á Humanidade. A inteligencia não faz mais do que esclarece-lo, sôbre essa necessidade e sôbre os melhores meios de consegui-la. O cultivo do sentimento torna-se a primeira condição do nosso aperfeiçoamento social e moral. Foi sempre esse o escopo de todas as religiões, emquanto que a instituição da ciencia e a da filosofia não foram necessarias sinão para trazer os elementos indispen-

(1) – Cit. por Augusto Comte.

(2) – Notemos que a marcha da grande revolução humana que se resume na insurreição continua do espirito contra o coração, começou realmente com a quéda das teocracias e o surto intelectual que caraterizou a civilização grega. As novas fazes da Humanidade tendêrão sempre, cada vez mais, a romper com o Passado: o Catolicismo condenando o Politeismo; a época moderna condenando a Idade-média; e, atualmente, cada geração condenando a anterior (extremo da revolução), e se considerando a unica apta a salvar o Mundo (a Humanidade), mediante processos inteiramente nóvos saidos de inteligencias ultra-potentes. Todos, porém, que conhecem a psiquiatria sabem que este estado se aproxima muito do que ela designa com o nome de paranoia ou estados paranoides. E evidente que só ha um meio de sair-se dessa situação – restabelecer no mundo o ascendente do coração (sentimento) sobre a inteligencia e a atividade – de modo a que se torne efetiva a *união, a unidade e a continuidade* entre os homens.

saveis á fundação da *religião final* que terá de unir toda a especie humana em uma mesma espiritualidade, sob o ascendente do *amor universal.*

Ligado á Humanidade pelo sentimento, reconhece-se sem esforço que ao Passado ele se liga, principalmente, pela veneração, ao Futuro, pela bondade, a ao Presente pelo apego. O elemento coévo da Humanidade é constituido pelas familias, pelas patrias e pela igreja. Esta enfeixa as patrias; as patrias, as familias. Assim fica compreendida, em toda a sua plenitude, a sentença decisiva de Augusto Comte – "A consideração do homem isolado é uma abstração tão viciosa em medicina como em politica".

Na realidade, o homem faz sempre parte de uma familia, de uma patria e de uma igreja. Na familia forma-se o sentimento; na patria o individuo exerce sua atividade; na igreja desenvolve-se a inteligencia. Todo individuo deve ser, assim, considerado como um cidadão que a familia forma e a igreja completa.

Estas considerações não deixam a minima duvida sôbre a indivisibilidade do problema humano, onde tudo se acha ligado, segundo o grande aforismo de Hippocrates, e sôbre a sua necessaria subordinação ao da Humanidade. Qualquer estudo do cerebro, no caso normal como no patológico ficaria, incontestavelmente, insoluvel, sem o conhecimento do meio que o domina. E nada mais seria necessario para demonstrar o quanto se têm, cada vez mais, afastado da verdadeira racionalidade, todas essas pesquizas minuciosas dos elementos cerebrais, na saude e na molestia, em que se engolfam os incansaveis pesquizadores de nossos dias. Não se subordinam a nenhuma doutrina organica, capaz de orientar suas observações, afim de afastar, desde logo, o que fosse inutil e ocioso. Só se preocupam em juntar materiais, sem se aperceberem de que o celeiro se vai abarrotando de muito joio e de pouco trigo, e de que, si aquele é tão real quanto este, só este é util, e portanto, só ele nos importa acumular, e que, quanto maior for a mistura, tanto mais dificil será sua ulterior separação.

Vai, em tudo, principalmente, uma questão de método.

“Subordonner le progrès à l'ordre, l'analyse a la synthèse, et l'égoisme à, l'altruisme; tels sent les trois enoncès, pratique, théorique, et moral, du probléme humain, dont la solution doit constituer une unité complète et stable. Respectivement propres aux trois éléments de notre nature, ces trois modes distincts de poser une même question sont

non-seulement connexes mais équivalents, vu la dépendence rnutuelle entre 1'activité, 1'intelligence et le sentiment. Malgré leur coincidence nécessaire, le dernier énoncé surpasse les deux autres, come étant seul relatif á la source directe de la commune solution. Car, 1'ordre suppose 1'amour, et la synthése ne peut résulter que de la sympathie: 1'unité théorique et 1'unité pratique sent done impossibles sans 1'unité morale; ainsi la religion est aussi supérieure a la philosophie qu'à la politique. Le problème humain peut finalement se réduire à constituer Pharmonie affective, en développant 1'altruisme et comprimant 1'égoisme: dès lors le perfectionnement se subordonne à la conservation, et 1'esprit de détail au génie d'ensemble."

Tal é o periodo com que o Grande .Mestre inicia o seu "Systéme de Logique Positive". Ele nos servirá continuamente de guia durante toda a longa exposição que aqui apenas iniciamos.

Resumé:

L'auteur se propose de présenter, dans cet extrait, la téorie du cerveau et de 1'innervation, selon la systématisation philosophique d'Auguste Comte, ainsi qu'une synthèse de leur application à la pathologie cérébrale realisée par G. Audiffrent dans son extraordinaire traité "Maladies du cerveau et de 1'innervation". Il indiquera ensuite comment les téories les plus modernes sur la psychiatrie tendent, empiriquement, à se repprocher de la décisive construction du grand philosophe. Dans cet article initial it ne présente, en synthèse, que les principes fondamentaux de la Biologie, completes par des considérations sociologiques qui doivent baser son ultérieure dissertation.

* * *

Der Verfasser will in diesem Auszuge die Théorie des Gehirns und der Innervation darstellen, und zwar nach der Auguste Comte schen philosophischen und systematischen Zus-ammenfassung; ebenso eine Synthese ihrer Auwendung bei der Gehirn – Pathologie, augegeben von G. Audiffrent in seiner hervorra genden Arbeit über die Krankheiten des Gehirns und der Innervation. Des weiteren zeigt er, wie die nenesten Theorien der Psychiatrie eine Annäherrung au

das feststchende Gebäude des grossen Philosophen austreben. In dierem Anfangs = Artikel stellt er nur, ind der Synthese die Grund = Principien der Biologie das, vervollstandigt durch einige Sociologische Betrachtungen, welche das Fundament seiner späteren Disserta
tion bilden Sollen.

————«*»————

CALCIFICAÇÕES INTRACRANIANAS

(ESTUDO ESTEREOGRAFICO)

PELO

DR. JACINTHO CAMPOS

As calcificações intracranianas podem ser inteiramente mudas na sintomatologia; meros achados radiologicos, ou então causa de sintomas mais ou menos graves, dependentes de sua natureza, das lesões primitivas que lhes deram origem e principalmente da localisação em relação com as partes nervosas visinhas.

Podemos de início, dividir as calcificações intracranianas em aquelas que tem relação com a caixa cranica, partindo dela, e as que se desenvolvem ás expensas das partes moles.

As primeiras são consequentes a traumas, infecções ou tumores não só primitivos como metastaticos.

Os osteomas e osteocondromas alcancam, na evolução, o encefalo, tendo aí o seu nucleo de maior desenvolvimento, mas as suas relações de intimidade com a caixa craniana ficam patentes. Essas relações ou são em massa ou mesmo por pedículos que se confundem no tecido osseo, ponto de partida.

Frequentemente encontram-se, ainda, os flebolitos desenvolvidos nos vasos das graduações de Pacehioni.

As segundas, isto é, aquelas que se originam das partes moles, se fazem á custa de modificações nas meninges, tecido nervoso, vasos, plexos coroides, glandular. Essas modificações são de natureza traumática, inflamatoria, tumoral, degenerativa, esclerose de vasos, cisfecercos, equinococcos.

Todos os processos patologicos enunciados podem conduzir, uns pela propria evolução, outros pêlo proprio pro-

cesso curativo com deposito calcareo, á visibilidade das lesões ou de seus resquícios com o auxilio radiologico.

Assim a paquimeningite ossificante que se traduz aos raios X pêla sombra o mais das vezes paralela aos parietais, dos quais acompanha a lamína interna, tendo início nos limites da dura mater e foice do cerebro.

Nas leptomeninges as calcificações são no mais das vezes resquicios de processos tuberculosos ou sifiliticos ou calcificações de hemangiomas; são processos de calcificação dando sombras muito veladas.

No tecido nervoso encontramos as calcificações de natureza traumatica ou de processos propriamente cerebrais: cicatrizes calcificadas ou vestigios deixados por amolecimentos, derrames, gomas sifiliticas, tuberculos, equinococcos, cistecercos.

As calcificações no tecido nervoso variam com a natureza das manifestações patologicas que lhes deram causa: assim as gomas, os tuberculos, os derrames, as cicatrizes, dão origem a calcificações e algumas delas, mesmo, a ossificações, com formas geometricas mais ou menos regulares, poliedricas, esfericas.

Já os cistecercos calcificados alcançam em tamanho o de uma ervilha, o que nos serve ao diagnóstico diferencial.

Das calcificações arteriais mais facil será o diagnóstico, de vêz que os aspectos são os conhecidos das calcificações arteriais nos outros domínios do corpo.

Na classe dos tumores, os mais frequentemente encontrados são os endoteliomas da duramater, que, em periodo de calcificação se apresentam com o aspecto de nuvens ou nevoas, dispersas ou conglomeradas, sem limites nitidos e naturalmente ocupando um plano paralelo ao da taboa interna do craneo.

A localisação dessas formações está, em geral, nas proximidades das grandes divisões da caixa craniana ou seja nas visinhanças da *falx cerebri* ou do *tentorium cerebelli.*

Ainda na ordem de frequencia encontramos os psamomas que se distinguem não só pela localisação, ao nivel dos ventriculos laterais, como pêlo aspecto radiologico típico que oferecem; são granulosos, têm o aspecto de areia. Eles podem adquirir um grande desenvolvimento, moldando mesmo o seu continente – o ventriculo lateral.

O volume a que atingem os psamomas puros que são os fibromas psomatosos, não vai, entretanto, alem do tamanho de uma amendoa, conservando, não obstante, a granulação caracteristica dos tumores dessa natureza.

Muito mais raros que os precedentes são os gliomas, porque em geral não evoluem para um processo de calcificação, e quando se calcificam, não o fazem por inteiro, em massa, e sim nas paredes, nas visinhanças dos cistos gliomatosos.

– Dos tumores originados da parte ossea e que atingem o tecido nervoso, já foi dito quando nos referimos aos osteomas e osteocondromas, tumores pêla sua natureza visiveis aos raios X, e cujo desenvolvimento é, em certos casos, mais pronunciado na intimidade do tecido nervoso.

Dos outros tumores como os sarcomas, poderemos dizer que são frequentes na duramater, não têm tendencia á calcificação e sim, nos estados avançados á destruição do tecido osseo.

Nas glandulas anexas ao cerebro podemos, tambem, encontrar depositos calcareos mais ou menos densos. Assim, a glandula pineal que já na idade adulta é muito frequentemente calcificada, orçando a sua presença nos exames radiologicos por perto de 20% dos casos examinados. A glandula pineal calcificada contribui, não raro, para o diagnóstico de tumores cerebrais invisiveis aos raios X, porque o seu afastamento do plano que normalmente ocupa, auxilia a localisação e a afirmação da existencia do processo.

A hipofise pode tambem ser a sede de depósitos calcareos. Os tumores calcificados da hipofise têm o seu caracteristico pêlo fato de se encontrarem dentro da sela turcica que pode estar aumentada, excavada, apresentando vestigios de destruição. Esses tumores se calcificam, em geral, da periferia para o centro, o que lhes dá aspecto mais ou menos típico.

* * *

Depois de passados em revista os processos que mais comumente conduzem ás calcificações no interior da caixa craniana, estudaremos dois casos em que fizemos os exames esterograficos que, sem dúvida, esclarecem mais que qualquer outro a situação das lesões já calcificadas em sua relação com a caixa craniana.

Uma das pacientes foi examinada, em primeira mão, pêlo distinto colega Dr. Og de Almeida e Silva.

A seguir darei a sumula da história morbida de ambas.

Snta. I. R. – Brasileira, solteira, 24 anos. Pais vivos. Nascida a termo e em parto normal.

Mãi apresenta varizes dos membros inferiores. Oito irmãos vivos, com saúde; 2 irmãos mortos em tenra idade.

E' regularmente menstruada desde os 11 anos. Refere no passado o sarampo, coqueluche, catapora.

Ha um ano e oito mêses sentia dôres nos rins (sic) e na cabeça; pés e pernas edemaciados, edema palpebral, cansaço.

Perda de albumina na urina.

Depois de tratamento e regimen alimentar desapareceu a albumina da urina e não tem dôr de cabeça.

Nota-se ligeiro edema na região superciliar, principalmente ao nivel da região dos seios frontais.

Aparelho circulatorio, digestivo e sistema nervoso nada revelam de interesse.

Laboratorio: Wassermann no sangue – negativa.

Liquido cefalo raquiano, limpido.

Linfocitose = 0. – Reac. Nonne, Pandy, Weichbrodt, Ross-Jones, Takata-Ara, Lange = negativas. Albumina total = 0,10.

Exame ocular: O. D. Coroidite peripapilar. O. E. normal.

Exame radiologico do cranio em estereografias demonstra: transparencia normal dos seios frontais e maxilares. Excavações de Pacchioni ao nivel dos parietais, dos dois lados da linha mediana, mais pronunciadas nas visinhanças da sutura sagital. Notam-se ao nivel da linha mediana, abaixo da abobada craniana, e sem relações de contiguidade ou continuidade com ela, duas imajens de condensação: uma anterior, achatada e irregular, em lamina, tendo, na base, pequena ramificação em V aberto; outra posterior, separada da primeira e no mesmo plano, menos densa, situada a uns 3 centimetros abaixo da taboa interna da abobada, de aspecto em lamina, disposta no sentido longitudinal e ao nivel da região media dos parietais. E' um caso típico de calcificação da *falx cerebri.*

Obs. II – Snta. C. P. – Brasileira, solteira, 35 anos, nascida em parto normal. Tem 6 irmãos sadios, sendo que um deles sofre, ultimamente, tonteiras. Menstruada aos 13 anos. Nega ter sofrido acidentes em criança. Ha cerca de 18 anos sente dôr no globo ocular direito, com irradiação para a região tempo-parietal direita. Do olho esquerdo enxerga pouco desde 1912.

Ha 3 para 4 anos bateu com a cabeça em uma caixa de ferro, pequeno acidente sem consequencia e ha 8 mêses bate, novamente, com a cabeça em uma cortina de aço, acidente igualmente sem importancia.

Qualquer movimento mais violento que a paciente execute com a cabeça provoca dôr no olho direito.

Em 1928 notou pequeno nodulo movel, pouco doloroso, no seio esquerdo, feita a biopsia e examinado o material no Instituto Osvaldo Cruz (protocolo 5.864), teve o diagnostico histopatologico de adeno-fibroma.

Atualmente tem as regras dolorosas e muito abundantes, de 2 a 3 vezes ao mês (metrorragia).

Os exames dos grandes aparelhos nada revelam de interessante.

Exames de laboratorio: Wassermann, sangue – negativa.

Liquido cefalo-raquiano, limpido.

Linfocitose = 0. – Nonne, ph. I – negativa; Wassermann – negativa; Pandy, Weichbrodt, Ross-Jones, Takata-Ara, Lange – negativas; Kahn, no sangue e liquor – negativa.

Exame ocular: O. E. coroidite peripapilar. O. D. normal.

Exame radiologico (estereografias).

Observação em postero anterior: transparencia normal dos seios frontais e maxilares.

Na linha sagital, separado da aboboda craniana, um nucleo de calcificação irregularmente esferico, com reintrancias e depositos mais densos por partes, situado ao nivel do bregma.

Observação em lateral: Nota-se um pouco para trás da sutura do frontal com os parietais, um nucleo de calcificação irregularmente esferico, com sulcos e saliencias e do tamanho de uma cereja.

Este caso padece discussão: póde ser classificado entre os hematomas calcificados da foice.

Esses osteomas são mais frequentes na idade avançada, nos individuos do sexo feminino mais que nos do masculino, assim como no mais das vezes de causa traumatica nos individuos jovens.

Os casos de hemangiomas cerebrais, calcificaveis muitas vezes, se apresentam, em geral, em individuos que trazem na superficie cutanea os vestigios que os fazem suspeitar: são naevus angiomatosos da face, em primeira plana, e de outras localizações em casos menos frequentes, sendo que predominantemente na cabeça.

A nossa paciente não apresenta naevus seja ao nivel da cabeça ou de outras regiões do corpo.

Ainda no caso se poderá pensar, pela localização típica da concreção, em processo trombotico, com calcificação do

trombo no seio longitudinal superior ou em algum lago intradural.

Não é de se desprezar, por outro lado, o fáto de já ter apresentado a paciente um fibroma no seio e ter, atualmente, sinais de fibroma uterine. E' que já se conhece o fáto da existencia de individuos com constituição favoravel ao desenvolvimento de fibromas. E' uma tendencia á fibromatose, não só primitiva, como secundaria ás variadas excitações levadas ao seio dos tecidos e tendo como resposta ou reparo a produção do fibroma.

* * *

Nos comentarios a se fazer sôbre os dois casos clinicos mais interessa em um a ausencia atual de qualquer manifestação que pudesse ser atribuida á calcificação da foice; ausencia absoluta de sintomatologia subjetiva, ausencia de ataques epileticos ou epiletiformes, paresías, etc.

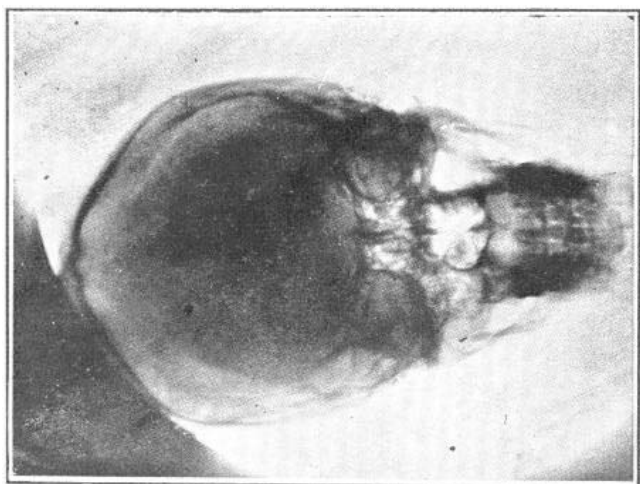
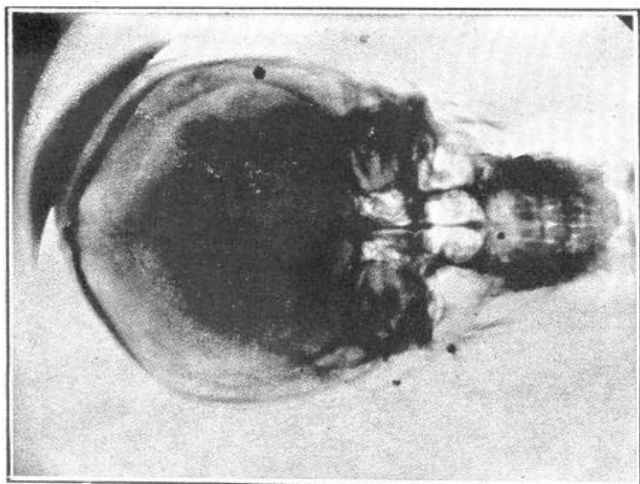
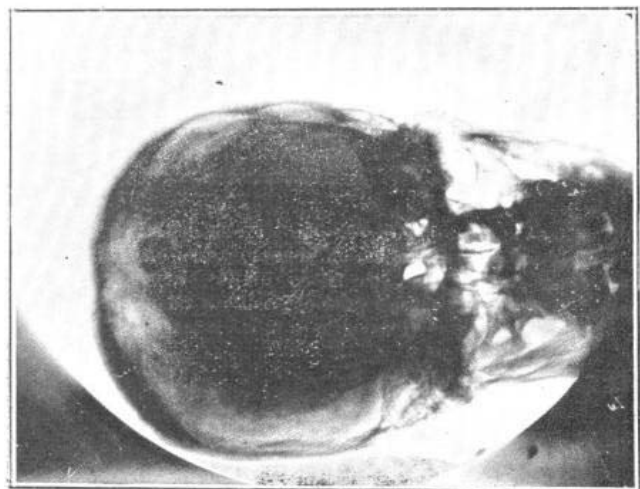
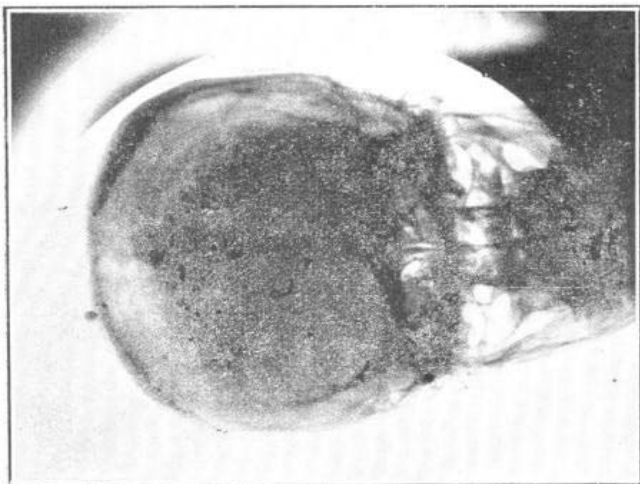
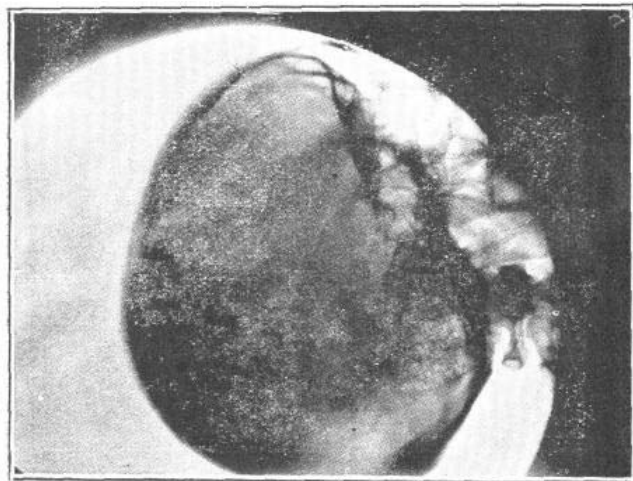
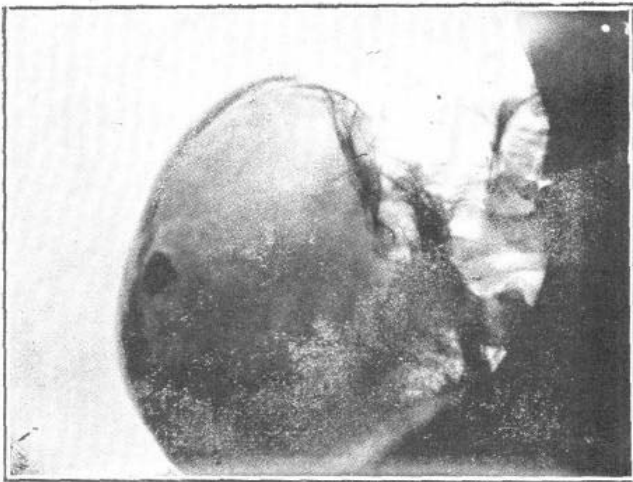
Em o segundo caso a ausencia de perturbações mais acentuadas, tudo se reduzindo á cefaléa, com ausencia de ataques, etc.

* * *

Sôbre a frequencia das calcificações e a coexistencia delas com sintomas epileticos ou de dôr, indo até os paroxisrnos da hemicrania, são muitas e divergentes as opiniões que incidem neste ponto, querendo uns ligar os dois fenomenos como causa e efeito, outros negando, ou pelo menos apresentando casos em que os achados radiologicos são mero acaso, pois os portadores não apresentavam a menor simtomatolgia.

Révész, de Budapeste, observou diversos casos de calcificação da foice inteiramente sem sintomas; no mesmo ponto de vista estão Weisz, Haas, Holitsch, Assmann, Schittenhelm, etc.

O nosso caso de calcificação da foice está plenamente acorde com as opiniões acima citadas, sendo que a cefaléa, observada de inicio, poderá facilmente ser filiada á nefrite, tendo justamente desaparecido quando a paciente entrou em regime alimentar e medicação apropriada.

O segundo caso está em condições diferentes, por quanto a cefaléa é persistente, aumenta com a mudança de atitude, e deve ser considerada como originada de processo

Observação I

Observação II

Observação II

irritativo produzido pela massa calcificada, ou mesmo por dificuldades circulatorias oriundas da formação do nucleo calcario,

* * *

Literatura:

Assmann – Die Klinische Roentgendiagnostik der inneren Erkrankungen; Schittenhelm – Lehrbuch der Roentgendiagnostik; Schueller – Roentgenuntersuchung des Kopfes bei Epilepsie (Roentg. Praxis – I Jahrg. H. 16); Krabbe – Revue neur. 1929. 36. ap. Fort. G. Roent. B. 41 – H. I. – Demonstration von Verkalkungen der Meningen (Gehirnangiome) durch Roentgenographie. – Forts. auf dem Gebiete Roentgenst: Band 41 – H. 5. Sitzungsberichte der ungarischen Roentgengesellschaft in Budapest; Band 41. H. 6 – Die Verkalkungen umd das Osteom der Falx cerebelli und ihre anatomische, roentgenologische und klinische Kontrolle. Nicotra – Arch. Radiol (Roma); Ernst Mayer – Ueber Fortschritte auf dem Gebiete der Schaedelroentgenologie – Roent. Praxis 1 Jahrg. Heft 15; Ernst Mayer – Grundsaetzliches zur Erhebung und Wertung des Roentgenbefundes bei endokraniellen Affektionen – Roent. Praxis 1 Jahrg. H. 1; Josef Erdelyi – Schaedelverenderungen bei gesteigertem Hirndruck – F. auf. d. G. Roent. B. 42. H. 2; Egas Moniz, Pinto, Lima – Diag. dif. meningeomes et tum. du Cerv. par l'encephalogr. art. Revue neurologique 36/I/6. ap. F. G. R. 41. H. 1; Bronner – Die Verkalkung des Corpuspineale im Roentgenbild – F. G. R. 35. H. 2; Walter Schimidt – Zur Roentgendiagnostik verkalkter Hirntumoren – F. G. R. 35. H. 3; Petitpierre – Zur Symptomatologie und operativen Entfernung intrazerebraller Kalkherde – F. G. R. 36. H. 5; Guillain et Alajouanine – Ossif u Verkalkung der Falx cerebri. F. G. R. 36. H. 5 ap. Journ. de Rad. 1927. p. 495; Levin – Intraz. Verkalk. F. G. R. 35. H. 5 ap. Brit. J. of. Surg. 1926 p. 215; Penfield, Geyelin – Familiaere Gehirndeg. mit Verkalk. – J. of. n. and ment. die; F. G. R. 35. H. 2. Schüller – Kurze Darslellung der Roent diagnostik Kraniozerebraler Affektionen – R. Praxis 2 Jahg. H 14; Crouzon e Vogt – Epilepsie Jaksonienne. Tumeur visible a la radiographie – (Revue Neur.) – ap. Journ. de Rad. V. X. – Jul. 926; Crabb – Tumeur cer. calc. Journ. of. Am. Ass. n. 4 de 925 ap. Journ. Rad. T. X. n. 2; Otto Kingreen – Verkalkte Gehirnconglomerattuberkeln im Roentgenbilde – F. G. R. 32 (1924)

pg. 55; Stroem – Verkalkungen im Gehirn. F. G. R. 27; Frigyér – Angioma racemosum im Schaedelraum. Roent. Prax. 1 jul. 1930; Sachs Whitney – Verkalk. im Plexus chorioideus und ihre Bedeutung – Ach. of. Neur. 1929. ap. F. G. R. 40. H. 5; Geyllin u Penfield – Endart. calc. cerebri – (Ach. Neur.) F. G. R. 40. H. 4; Laignel Levastine, Delherm et Fouguet – Jacksonsche Epilepsie infolge eines Gehirn – angioms mit einem Naevus der Stirn – F. G. R. 40. H. 2 (Revue neurol. 1929 pag. 475); Béclere – Diag. tumcer Journ. Rad. 1928/12; Dandy (Arch. Surg.) – Venoese anomalien und Angiome des Gehirns – F. G. R. 39. H. 3; Murphy – Intrakr. Verk. F. G. R. 38. H. 5; Ronneaux – Calcif. f. cer. – Press. Med. 1927 pg. 1545; Bertrand et Altschul – Der Kalkstoffwechsel im Gehirn, (Rev. Neur. 1927 pg. 241) ap. F. G. R. 36. H. 5.

————«*»————

Da esquizofrenia – Fórmas clinicas – Ensaio de revisão da casuistica nacional

PELOS

DRS. I. CUNHA LOPES E HEITOR PÉRES

A esquizofrenia, doença mental já entrevista pelos antigos autores e codificada sob a epigrafe *Dementia praecox* nas sucessivas edições do tratado de Psiquiatria do professor KRAEPELIN, onde, em magistrais descrições se concretizam seus inconfundiveis fundamentos cientificos, continúa até então a suscitar os maiores desvelos dos mentalistas. Vasta sinonimia tem sido usada na designação dessa entidade nosologica. Lembramô-la sumariamente. E, destarte, importa citar: *demencia precoce* (MOREL), *demencia sejunctiva* (GROSS), *demencia paratonica* (BERNSTEIN), *esquizofrenia* (BLEULER), *ataxia intrapsiquica* (STRANSKY), *psicose acinetica-paracinetica* (WERNICKE), *loucura discordante* (CHASLIN), etc.

PINEL (1809), ESQUIROL (1814), SPURZHEIM (1818) descrevem sob diferentes rubricas, indubitaveis casos dessa afecção que, mais tarde, em 1858, MOREL chamou demencia precoce.

No estudo das varias sindromes que constituiram o atual grupo da esquizofrenia, assunto cada dia mais discutido e cheio de humanitario interesse, assinalam-se os memoraveis trabalhos de KAHLBAUM (1863-74-90), de HECKER (1871), de KRAEPELIN (1893-99), de CHRISTIAN (1899), de SÉGLAS (1900), de SERIEUX (1900-2), e os, não menos nota-

veis, de MASSELON (1902), de DENY e ROY (1 903), de CONSTANZA PASCAL (1910), de GILBERT BALLET (1909-10), de BLEULER (1911), de STRANSKY (1912-14), BONHOEFFER (1915), de RUEDIN (1916), de KRETSCHMER (1921), de H. HOFFMANN (1921), de MINKOWSKI (1921), de BUSCAINO (1922), de E. KAHN (1922), de CLAUDE (1923-4), de BUMKE (1924), etc., de H. de JONG e BARUK (1930).

Em lucido relêvo, destacam de anteriores concepções a moderna obra de BLEULER e as investigações de RUEDIN atinentes á genealogia.

Dentre os psiquiatras brasileiros, ha tambem nomes que se não podem olvidar em se tratando de semelhantes estudos. Sobrelevam, entre outros, JULIANO MOREIRA (1896), HENRIQUE ROXO (1904), AUSTREGESILO (1905), ULISSES VIANA (1906-7-8-9), PINHEIRO E RIEDEL (1909), PLINIO OLINTO (1911), WALDEMAR DE ALMEIDA (1917), ADAUTO BOTELHO (1917), PACHECO E SILVA (1922), ERNANI LOPES (1922), LOPES RODRIGUES (1926), MURILO DE CAMPOS (1929), SOARES DE SOUZA (1930), etc., que trazem valiosas contribuições á literatura da esquizofrenia.

Apraz-nos ainda trazer á colação modestos subsidios de um de nós (CUNHA LOPES), um visando o caracter familiar do processo esquizofrenico (1925) e outro, o tratamento da esquizofrenia (1928).

Respigada, assim, esta breve noção historica, passaremos ás

FÓRMAS CLINICAS

A maioria das psicoses que se verificam na população manicomial, tomando por base a evolução e a estrutura psicologica, separou KRAEPELIN, provisoriamente, em dois grandes blocos: 1º, processes morbidos que começam em determinada época, são incuraveis, conduzem á transformação duravel da personalidade; 2°, fases anormais de reação que são transitorias, curaveis, que se revelam como variações da disposição individual.

No primeiro bloco se compreende a esquizofrenia; no segundo, a loucura maniaco-depressiva, etc.

Em qualquer desses grupos se não encontram elementos suficientes para se extremarem unidades reais; toda a classificação a estatuir-se aqui, atentando na escassez de conhe-

cimentos positivos, deve com efeito tão sómente pretender erigir tipos clinicos.

As fómas do primeiro grande bloco, que chegam a cristalizar-se no periodo de estadio com suficiente sintomatologia para justificar expressiva e relativamente comoda discriminação, são em número de quatro, a saber:

I. Heboidofrenia *(fórma simples);*
II. Hebefrenia *(fórma ciclica);*
III. Catatonia *(fórma motora);*
IV. Demencia paranoide *(fórma delirante);*

Esta classificação das fórmas clinicas está dependente do valor global dos sinais caracterizantes desta ou daquela variedade. Não implicando juizo definitivo, representa, entretanto, util esfôrço de sistematização dos sintomas evolutivos que se constelam em dada fase do processo e que definem em linhas gerais, mais ou menos duradouramente, diferentes quadros da esquizofrenia.

Acompanhando a evolução de 132 casos, CONSTANZA PASCAL assim canclui a proposito dessas variedades fundamentais:

1. *Não ha catatonia franca;* as desordens psicosensoriais precedem, seguem ou coexistem com as desordens psico-motoras.

2. *Não ha demencia paranoide e hebefrenica francas;* as manifestações psico-motoras mais ou menos leves que as acompanham são de natureza catatonica.

3. *As variedades fundamentais da demencia precoce são fórmas mixtas* que resultam da combinação, em gráus diversos, de desordens psico-sensoriais e desordens psico-motoras.

4. A mistura dos caracteres especiais das tres fórmas em uma unica é a mais convincente demonstração de sua unidade. As fórmas mixtas justificam a sintese de Kraepelin: *Daí podemos concluir que a demencia precoce é uma e que não ha sintomas que se não possam encontrar nesta ou naquela fórma com exclusão de outras.*

A questão fica, portanto, pendente de ulteriores bases cientificas. Mas, enquanto não atingirmos pleno conhecimento dos fatores biologicos da esquizofrenia, manteremos como elementos diferenciais os criterios fundados nos sintomas motrizes, afetivos e delirantes.

CASUISTICA

A instante revisão do precioso material existente em nosso maior Hospital de Psicopatas veiu dispertar o ensejo dêste trabalho.

Jámais, em qualquer serviço psiquiatrico, se pode despresar a cooperação de elementos estatisticos afim de se pôrem á plena evidencia os principais fatores economicos e cientificos capazes de melhormente orientar os metodos de assistencia. O tratamento e profilaxia das doenças mentais muito dependem do exato conhecimento dos varios aspectos de manifestação destas. Nas clínicas bem organizadas, procedem, de tempos em tempos, á completa revisão dos casos, traçando apurada catamnese de cada um, com o determinado proposito de conhecer-lhes a evolução.

Entre nós, ao que sabemos, assim não se ha procedido com a desejavel regularidade. Em verdade, mui interessantes trabalhos nesse sentido fôram outrora realizados a proposito da demencia paralitica (JULIANO MOREIRA, ULISSES VIANA, etc.) do alcoolismo (ROXO), das parafrenias (CARRILHO), e, finalmente, um de nós, visando a epilepsia, tentou esboçar-lhe as linhas gerais do problema.

No tocante á esquizofrenia, julgamos deter a prioridade na realização de investigações dêste genero com a primeira sintese revisoria agora encetada.

De início, foi nosso intuito estudar os possiveis aspectos da influência etno-mesologica que porventura traíssem peculiaridades nas manifestações da esquizofrenia e, por isso, após examinar neste sentido todos os doentes, então internados nas grandes secções do Hospital Nacional e no Instituto de Psicopatologia, coligimos dos esquizofrenicos as respectivas observações que são concernentes a brasileiros natos – brancos, mestiços e negros – observações que vão catalogadas nas devidas formas clínicas.

Expendemos aqui agradecimentos ao professor HENRIQUE ROXO e aos psiquiatras HUMBERTO GOTUZO, JEFERSON DE LEMOS, A. BOTELHO, O. GALOTI e a seus dignos auxiliares, que muito contribuiram para facilitar a nossa empresa pêla bôa vontade com que se houveram permitindo-nos rebuscar em seus arquivos a história pregressa dos doentes agora novamente examinados.

A grande cópia de casos coligidos, após detida análise, sofreu consideravel redução em virtude dos moldes em que foi concebido o presente ensaio.

Neste estudo, o indigenato constitui condição precípua para nele se incluírem as observações, por isso que preestabelecemos hipótese de que, acaso fôssem sondados os fatores ambientes e raciais de nossa gente, resultaria o conhecimento de possiveis peculiaridades antropogeograficas capazes de imprimir feições etnopsiquiatricas á evolução da esquizofrenia nas zonas tropicais. Apesar de ardua, é tarefa perfeitamente praticavel, esta, que hoje empreendemos como simples tentativa e que visa, dentro das investigações encetadas, suprir, sinão integralmente, pêlo menos alguns primordiais requisitos de brasilidade.

Certo não se arguirá de poucas lacunas qualquer tentame desta ordem levado a efeito onde jazem quasi totalmente inexploradas muitas causas predisponentes, quer ligadas aos atributos de raça, quer relativas ás contingencias geopsicologicas.

A proposito, escreve JULIANO MOREIRA: "Um golpe de vista geral sôbre dominio tão vasto quão dificil, como o das doenças nervosas e mentais nos tropicos, devera ser precedido por pesquisas comparadas sistematicas dos estados psicologicos do sistema nervoso e das modificações psicologicas dos habitantes dos tropicos, tanto aborigenes e outros naturais, como estrangeiros com maior ou menor tempo de habitação no país. Em quasi todas as partes do mundo têm-se feito até agora pesquisas sôbre tais problemas, mas de modo fragmentario".

Á mingua, porêm, de melhores provas documentais e elucidações atinentes a esses problemas de que nos fala o sábio psiquiatra, não nos referiremos a inconsistentes paradigmas, e, de pronto, passaremos a relatar as sucintas observações de nossos casos:

I – HEBOIDOFRENIA

1. MARIA F., 23 anos, branca, solteira, natural de Minas Gerais; internada em 1931. *Hereditariedade:* Prima psicopata. *Estado somatico:* Leptosomica, bem nutrida; reflexos patelares normais; pupilas midriaticas com bôa reação luminosa. *Estado psiquico:* Autismo; facilima sugestibilidade. As noções de etica e de estetica estão mais ou menos conservadas; a afetividade prejudicada. Bôa orientação. Risos descabidos. Não tem delirio apreciavel. Alucinações auditivas? *Evolução:* Ao ser internada ressaltava a extravagancia na associação de idéas.

2. ABIGAIL S., 18 anos, negra, solteira, natural de Minas Gerais; internada em 1930. *Hereditariedade:* Não ha informes precisos. *Estado somatico:* Picnica, bem nutrida; reflexos pupilares e patelares normais. *Estado psiquico:* Dissociada; afetividade paradoxal; o humor permanece estavel, sem depressões nem exaltações; ás vezes nota-se-lhe certo maneirismo; pragmatismo regularmente conservado. Bôa orientação no meio e no tempo. Inteligencia apoucada. Não tem delirio. *Evolução:* Ao ser internada era mais acentuado o maneirismo.

3. LUISA B., 39 anos, branca, solteira, natural da Capital Federal; internada em 1927. *Hereditariedade*: Não tem proximos parentes psicopatas. *Estado somatico*: Leptosomica, desnutrida; exoftalmica, irregular distribuição de pêlos; reflexos patelares normais; pupilas mioticas, reagem bem á luz. *Estado psiquico*: Autismo pouco acentuado; conservadas as noções de etica e de estetica; afetividade unilateral; pragmatismo levemente diminuido. Está orientada no meio e no tempo. Interceptação do pensamento e extravagancia na associação das idéas. *Evolução*: Por ocasião do internamento, o quadro sintomatico era identico.

II – HEBEFRENIA

4. ZACARIAS R., 34 anos, branca, solteira, natural de Minas Gerais; internado em 1915. *Hereditariedade*: Primo esquizofrenico. *Estado somatico:* Leptosomico-displasico, bem nutrido; reflexos patelares vivos, pupilas com bôa reação foto-motora. *Sangue*: reação de W – *Estado psiquico*: Autismo, neologismos, risos imotivados. Onanismo; estereotipias. Indiferença afetiva, pragmatismo nulo, associação de idéas extravagantes, negativismos. Desorientação alopsiquica. *Evolução:* Ao ser internado, a sintomatologia era a mesma.

5. MARIA L., 20 anos, mestiça, solteira, natural de Minas Gerais; internada em 1926. *Hereditariedade*: Imperscrutavel. *Estado somatico*: Displasica, desnutrida; reflexos patelares normais; pupilas iguais, com bôa reação luminosa. *Liquor:* Iinfocitose positiva; as demais reações negativas. *Estado psiquico:* Dissociada, associando extravagantemente as idéas; afetividade diminuida, maneirismo, interiorização. Tem crises de excitação psico-motora. Nivel mental apoucado; pragmatismo dispersivo; esboça idéas delirantes de grandeza. *Evolução:* Quando foi internada, tinha identico quadro mental.

6. PORFIRIA S., 44 anos, mestiça, solteira, natural de S. Paulo; internada em 1930. *Hereditariedade*: Informes omissos. *Estado somatico*: Leptosomica, desnutrida; reflexos patelares e pupilares normais. *Sangue*: reação de W – *Estado psiquico*: Autismo; negativismo; idéas delirantes de influência e de perseguição, sem sistematização; alucinações cenestesicas; pragmatismo e afetividade diminuidas. Tem crises de excitação psico-motora. *Evolução*: Por ocasião da internação eram mais nitidas as idéas delirantes.

7. LUCINETE B., 20 anos, mestiça, solteira, natural da Baía; internada em 1929. *Hereditariedade*: Irmã psicopata. *Estado somatico*: Leptosomica, bem nutrida; reflexos patelares vivos; pupilas iguais, reagem bem á. luz. *Sangue:* reação de W –. *Estado psiquico*: Autismo; sugestibilidade facil, soliloquios, alucinações auditivas. Tem crises de agitação; afetividade e pragmatismo diminuidos. *Evolução*: Ao dar entrada tinha a mesma sintomatologia.

8. DARCILIA S., 32 anos, mestiça, solteira; internada em 1929. *Hereditariedade*: Informes omissos. *Estado somatico*: Leptosomica, desnutrida; reflexos patelares normais; pupila esquerda com bom reflexo luminoso, a cornea direita apresenta coloboma. *Sangue*: reação de W –. *Estado psiquico*: Autismo; neologismos, afetação da linguagem; idéas delirantes polimorfas; pragmatismo nulo; rigidez afetiva, alucinações auditivas. Tem crises de excitação psico-motora. *Evolução:* Quando foi internada era semelhante a sintomalogia.

9. CECILIA S., 34 anos, mestiça, viuva, natural de Sergipe; internada em 1925. *Hereditariedade*: Informes omissos. *Estado somatico*: Leptosomica, desnutrida; reflexos patelares e pupilares normais. *Sangue*: reação de W –. *Estado psiquico*: Dissociada, soliloquios, alucinações auditivas, pragmatismo rudimentar; idéas delirantes sem sistematização, de perseguição e de influência, cenestopatias; rigidez afetiva. *Evolução*: Ao ser internada o seu quadro sintomatico coincidia com o atual.

10. DORCELINA C., 27 anos, mestiça, natural de Minas Gerais; internada em 1930. *Hereditariedade*: Informes imprecisos. *Estado somatico*: Leptosomica, desnutrida; reflexos patelares e pupilares normais. *Sangue e liquor*: reação de W. negativa em ambos. *Estado psiquico*: Autismo, indiferença afetiva, estereotipias, negativismo; pragmatismo nulo, alucinações auditivas. Tem crises de excitação psico-motora. *Evolução*: Por ocasião da entrada o quadro não diferia do atual.

11. ALBERTINA C., 21 anos, mestiça, solteira, natural de Alagôas; internada em 1929. *Hereditariedade*: Nada se apura de preciso. *Estado somatico*: Leptosomica, bem nutrida; reflexos patelares vivos; pupilas iguais, reagem bem á luz. *Sangue*: reação de W –. *Estado psiquico*: Excitada, rindo descabida e extravagantemente; maneirismo verbal, estereotipias de movimento, alucinações auditivas; erotismo acentuado; clausura; pragmatismo e afetividade diminuidos. *Evolução*: Ao entrar no hospital os sintomas eram semelhantes.

12. MARIA C., 42 anos, mestiça, casada; internada em 1923. *Hereditariedade*: Informes omissos. *Estado somatico*: Leptosomico-displasica, bem nutrida; reflexos patelares normais; pupilas iguais, reagem bem á luz. *Estado psiquico*: Autismo; verbigeração, impulsos, reações afetivas paradoxais, extravagantes e intensas; risos imotivados, incoerencia de idéas, cenestopatias; ambitendeneia, maneirismo. Evo*lução*: Ao ser admitida tinha igual quadro.

13. ADELAIDE C., 44 anos, mestiça, casada; internada em 1926. *Hereditariedade*: Informes omissos. *Estado somatico*: Leptosomica, bem nutrida; reflexos patelares diminuidos; pupilas iguais, com bôa reação luminosa. *Sangue*: reação de W –. *Estado psiquico*: Idéas delirantes pueris inconexas; logorréa, coprolalia; afetividade paradoxal, negativismo, pragmatismo dispersivo. Tem crise de excitação psico-motora. Cenestopatias. *Evolução*: Quando foi internada, abundavam idéas de grandeza e cenestopatias.

14. OTACILIO A., 39 anos, mestiço, solteiro, natural da Capital Federal; internado em 1929. *Hereditariedade*: Não se apuram psicopatias. *Estado somatico*: Leptosomico, desnutrido; reflexos patelares normais, pupilas iguais, reagem á luz. *Estado psiquico*: Autismo; associação extravagante de idéas; irritabilidade; neologismos, afetação; impulsos; pragmatismo nulo; afetividade ancilosada. *Evolução*: Ao ser hospitalizado tinha a mesma sintomalogia.

15. ERNANI B., 24 anos, mestiço, solteiro, natural do Estado do Rio; internado em 1930. *Hereditariedade*: Informes omissos. *Estado somatico*: Leptosomico, bem nutrido; reflexos patelares normais; pupilas iguais, reagem á luz. *Estado psiquico*: Autismo, ambivalencia, estereotipias, mão negativista; idéas delirantes, varias, baseadas em alucinações auditivas; pragmatismo nulo, afetividade rija. *Evolução*: A sintomatologia atual não difere da que se apresentava ao ser internado.

16. GASTÃO R., 30 anos, mestiço, solteiro, natural do Estado do Rio; internado em 1924. *Hereditariedade*: Irmã epiletica. *Estado somatico*: Leptosomico-displasico, desnutrido, reflexos patelares normais; pupilas iguais, reagem á luz. Estado *psiquico*: Autismo; estereotipias, alucinações auditivas, pragmatismo nulo, negativismo, soliloquios; associação extravagante de idéas; idéas delirantes sem sistematização, variaveis de conteúdo e de tonalidade. *Evolução*: Quando entrou no serviço tinha frequentes crises de excitação.

17. OVIDIO N., 32 anos, mestiço, solteiro, natural do Estado do Espirito Santo; internado em 1927. *Hereditariedade*: Tio e irmão alienados. *Estado somatico*: Leptosomico-displasico; reflexos patelares normais; pupilas iguais, reagem á luz. *Liquor e sangue*: reação de W. negativa em ambos. Estado psiquico: Autismo; idéas delirantes polimorfas de perseguição, bem como idéas de influencia; cenestopatias, soliloquios; afetividade rigida, pragmatismo nulo. *Evolução*. Tinha a mesma sintomatologia ao ser hospitalizado.

18. NATALINO A., 18 anos, mestiço, solteiro, natural do Estado do Rio; internado em 1931. *Hereditariedade*: Não se apuram psicopatias. *Estado somatico*: Leptosomico-displasico; reflexos patelares normais; pupilas iguais, com bôa reação luminosa. *Estado psiquico*: Autismo; associação extravagante de idéas; afetividade diminuida; pragmatismo dispersivo, alucinações auditivas diferenciadas. *Evolução*: Quando foi internado o quadro era pouco diverso do atual.

19. GASTÃO A., 45 anos, mestiço, solteiro; internado em 1916. *Hereditariedade*: Informes nulos. *Estado somatico*: Atletico-displasico; reflexos patelares vivos; pupilas iguais, reagem bem á luz. *Liquor e sangue*: reação de W. negativa em ambos. *Estado psiquico*: Autismo; irritabilidade, impulsos, negativismo ativo; alucinações auditivas, idéas frouxas de perseguição; pragmatismo dispersivo; afetividade diminuida. *Evolução*: Crises de excitação entremeiadas de periodos calmos.

20. JOAQUIM D., 27 anos, mestiço, solteiro, natural da Capital Federal; internado em 1931. *Hereditariedade*: Tem um do psicopata. *Estado somatico*: Displasico bem nutrido; reflexos patelares normais; pupilas iguais, reagem normalmente á luz. *Estado psiquico*: Dissociado, salada de palavras, associação extravagante de idéas; pragmatismo dispersivo; afetividade diminuida; alucinações auditivas e visuais; *deficit* mental muito pronunciado. *Evolução*: Ao ser internado tinha o mesmo feitio sintomatico.

21. HENRIQUE C., 41 anos, branco, solteiro, natural da Capital Federal; internado em 1930. *Hereditariedade*: Mãi psicopata. *Estado somatico*: Leptosomico-displasico; reflexos patelares normais; pupilas regulares, com boa reação luminosa. *Estado psiquico*: Um tanto dissociado, esboça idéas delirantes de perseguição e misticas. A afetividade e o pragmatismo estão pouco afetados; maneirismos. Tem crises de excitação psico-motora. *Evolução*: Quando foi internado tinha o mesmo quadro clinico.

22. JORGE R., 26 anos, mestiço, solteiro, natural do Estado do Rio; internado em 1931. *Hereditariedade*: Informes omissos. *Estado somatico*: Leptosomico, desnutrido; reflexos patelares normais; pupilas iguais, com bôa reação luminosa. *Estado psiquico*: Autismo, pragmatismo nulo; afetividade diminuida; associação extravagante de idéas; negativismos, alucinações auditivas e cenestesicas. Está desorientado no tempo. *Evolução*: Pouco diferiam os sintomas por ocasião da internação.

23. JOSÉ A., 18 anos, negro, solteiro, natural de Pernambuco; internado em 1930. *Hereditariedade*: Carecem de valor os informes. *Estado somatico*: Leptosomico-displasico, desnutrido; reflexos patelares normais; pupilas iguais, com bôa reação á luz. *Estado psiquico*: Autismo, pragmatismo nulo; idéas delirantes de perseguição; alucinações auditivas; afetividade ancilosada; negativismo ativo; raras estereotipias. *Evolução*: Tinha o mesmo aspecto clinico ao ser internado.

24. JOSE H., 18 anos, negro, solteiro, internado em 1931. *Hereditariedade*: Informes omissos. *Estado somatico*: Leptosomico, desnutrido; reflexos patelares normais; pupilas iguais, reagem bem á luz. *Liquor e sangue*: reação de W – *Estado psiquico*: Autismo; alucinações auditivas e cenestesicas, delirio de influencia e de perseguição; impulsos, negativismos, estereotipias; afetividade diminuida, pragmatismo nulo. *Evolução*: Quando foi internado tinha o mesmo quadro.

25. AMANCIO P, 54 anos, negro, viuvo, natural de Minas Gerais; internado em 1929. *Hereditariedade*: Informes omissos. *Estado somatico*: Leptosomico-displasico; reflexos patelares vivos; pupilas anisocoricas, com Argyll-Robertson. *Liquor e sangue*: reação de W – *Estado psiquico*: Autismo; negativismo, nivel intelectual apoucado; iniciativa e afetividade nulas; alucinações auditivas; idéas delirantes polimorfas. *Evolução*: Quando foi internado tinha os mesmo sintomas.

26. ANTONIO C., 32 anos, negro, casado, natural do Estado do Rio: internado em 1931. *Hereditariedade*: Não se apuram psicopatias. *Estado somatico*: Atletico-displasico;

patelares vivos; pupilas iguais, reagem á luz. *Estado psiquico*: Dissociado, soliloquios, risos imotivados; esboça delirio mistico e de grandeza; pragmatismo dispersivo; afetividade diminuida; alucinações auditivas. *Evolução*: Ao ser internado era identico o conjunto sintomatico.

27. JOSÉ R., 68 anos, negro, solteiro, naturalidade ignorada; internado em 1901. *Hereditariedade*: Informes pouco elucidativos. *Estado somatico*: Displasico, bem nutrido; pupilas regulares com bôa reação luminosa; reflexos patelares exaltados. *Estado psiquico*: Autismo; negativismo, impulsos; afetividade rija, neologismo, linguajar grotesco; verbiveração; pragmatismo nulo. Idéas delirantes de influencia e de transformação. *Evolução*: Ao ser internado não apresentava idéas delirantes; surgem depois fases de sobreexicitação com intervalos de tranquilidade.

28. PEDRO O., 27 anos, negro, solteiro, natural do Estado do Rio; internado em 1930. *Hereditariedade*: Informes imprecisos. *Estado somatico*: Leptosomico-atletico, bem nutrido; reflexos patelares normais; pupilas iguais, com bom reflexo luminoso. *Liquor e sangue*: reação de W –. *Estado psiquico*: Autismo; risos imotivados, soliloquios, negativismo, ambivalencia e ambitendencia. Idéas delirantes frouxas de grandeza e eroticas. Alucinações auditivas e cenestesicas, estereotipias. Perda da iniciativa e afetividade embotada. *Evolução*: Quando foi hospitalizado tinha identica sintomatologia.

29. PEDRO S., 31 anos, negro, solteiro, natural do Estado do Rio; internado em 1931. *Hereditariedade*: Informes omissos. *Estado somatico*: Atletico-displasico, bem nutrido; reflexos patelares vivos; pupilas regulares, com bôa reação luminosa. *Estado psiquico*: Dissociado, pragmatismo diminuido; crises de excitação, impulsos; ecolalia, risos imotivados; afetividade paradoxal. Alucinações auditivas. Idéas delirantes de perseguição não sistematizadas. *Evolução*: Quadro perfeitamente identico ao ser internado.

30. MARIA C., 35 anos, negra, solteira, natural de Minas Gerais; internada em 1928. *Hereditariedade*: Imperscrutavel. *Estado somatico*: Picnico-displasica; reflexos patelares presentes; pupilas iguais, reagem bem á luz. *Liquor a sangue*: reação de W – *Estado psiquico*: Dissociada, logorreica; excitação psico-motora, pragmatismo nulo; afetividade rija. Idéas delirantes pueris e instaveis. Desorientada no meio e no tempo. *Evolução*: Tinha identica sintomatologia por ocasião da internação.

31. TRANQUILINA F., 18 anos, negra, solteira, natural do Estado do Rio; internada em 1931. *Hereditariedade*: Informes falhos. *Estado somatico*: Leptosomica, bem nutrida; reflexos patelares vivos; pupilas regulares, com bôa reação foto-motora. *Estado psiquico*: Autismo; negativismo, soliloquios, alucinações auditivas. Tem crises de excitação ideo-motora. Pragmatismo nulo, afetividade diminuida. *Evolução*: Quando entrou no serviço pouco diferia do estado atual.

32. MARIA A., 25 anos, negra, solteira, natural do Estado do Rio; internada em 1931. *Hereditariedade*: Informes imprecisos. *Estado somatico*: Leptosomico-displasica, bem nutrida; reflexos patelares normais; pupilas anisocoricas, com bôa reação á luz. *Liquor e sangue*: reação de W – *Estado psiquico*: Autismo; estereotipias. Idéas delirantes, inconexas, de perseguição e misticas. Alucinações visuais, tacteis e cenestesicas; afetividade pouco prejudicada, pragmatismo diminuido. *Evolução*: Quando foi internada não tinha estereotipias.

33. MARIA I., 40 anos, negra, casada, natural de Minas Gerais; internada; em 1929. *Hereditariedade*: Informes obscuros. *Estado somatico*: Leptosomica, desnutrida; reflexos patelares vivos; pupilas iguais, reagem bem á luz. *Sangue:* reação de W – *Estado psiquico*: Autismo; idéas delirantes pueris, sem sistematização, de grandeza e misticas; verbigeração, neologismos, negativismo. Pragmatismo nulo, rigidez afetiva. *Evolução*: Quando foi hospitalizada eram mais intensas as idéas delirantes.

34. FLORINDA J., 53 anos, negra, viuva, natural de Pernambuco; internada em 1931. *Hereditariedade*: Pai alcoolista. *Estado somatico*: Leptosomica, bem nutrida; reflexos patelares diminuidos; pupilas regulares, com perfeita reação luminosa. *Sangue*: reação de W – *Estado psiquico:* Autismo; indiferença afetiva, pragmatismo dispersivo; ecopraxia; alucinações auditivas e cenestesicas. Idéas delirantes persecutorias, multifarias e sem tendencia á sistematização. *Evolução:* Por ocasião da entrada tinha o mesmo feitio sintomatico.

35. FRANCISCA C., 26 anos, negra, solteira, de naturalidade ignorada; internada em 1929. *Hereditariedade*: Informes falhos. *Estado somatico*: Leptosomica, desnutrida; reflexos patelares e pupilares normais. *Estado psiquico*: Autismo; embotamento afetivo; pragmatismo dispersivo; alucinações auditivas; soliloquios, ecolalia. Tem crises de excitação psico-motora. *Evolução*: O conjunto sintomatico atual é semelhante ao que apresentava na internação.

36. FRANCISCA P., 27 anos, negra, solteira, natural do Estado do Rio; internada em 1930. *Hereditariedade:* Informes falhos. *Estado somatico:* Leptosomica, desnutrida; reflexos tendineo vivos; pupilas reagem bem á luz. *Sangue:* reação de W – *Estado psiquico:* Autismo; negativismo, alucinações auditivas; pragmatismo nulo; rigidez afetiva. Tem crises de excitação ideo-motora. Associação extravagante de idéas. *Evolução:* Ao ser internada tinha interpretações delirantes com idéas de grandeza e perseguição.

37. ANNA B., branca, casada, natural da Capital Federal; internada em 1931. *Hereditariedade:* Informes obscuros. *Estado somatico:* Leptosomico-displasica; reflexos patelares normais; pupilas iguais, com bom reflexo luminoso. *Sangue:* reação de W – *Estado psiquico:* Autismo; negativismo, estereotipias, salada de palavras; associação extravagante de idéas. Iniciativa nula, ancilose afetiva. Tem crises de excitação psico-motora. Está desorientada no meio e no tempo. *Evolução:* O quadro sintomatico da entrada é identico ao atual

38. CONCEIÇCÃO B., 31 anos, branca, solteira, natural de Minas Gerais; internada em 1931. *Hereditariedade:* Não se apuram psicopatias. *Estado somatico:* Leptosomica, bem nutrida; reflexos tendineos vivos e pupilares normais. *Liquor e sangue:* reação de W – *Estado psiquico:* Autismo; idéas delirantes misticas, não sistematizadas, acompanhadas de alucinações auditivas a visuais diferenciadas. Tem crises de excitação verbo-motora. Erotismo desenfreado. Afetividade e pragmatismo diminuidos *Evolução:* Por ocasião de ser internada tinha idéas de grandeza.

39. MARIA D., 28 anos, negra, solteira, natural de Minas Gerais; internada em 1928. *Hereditariedade:* Informações escassas e imprecisas. *Estado somatico:* Leptosomico-displasica; reflexos patelares vivos; pupilas iguais, reagem bem á luz. *Estado psiquico:* Dissociada; inteligencia apoucada; desequilibrio afetivo, pragmatismo ilogico. Alucinações auditivas, negativismo. Tem um certo gráu de perseveração. Está desorientada no meio e tempo. Associação extravagante das idéas. *Evolução:* O quadro clinico por occasião da entrada ajusta-se ao atual.

40. JOAQUINA R., 22 anos, branca, solteira, natural da Capital Federal; internada em 1929. *Hereditariedade:* Imperscrutavel. *Estado somatico:* Leptosomico-displasica; reflexos patelares vivos e pupilares normais *Estado psiquico:* Autismo; risos imotivados, reações afetivas paradoxais, pragmatismo diminuido; negativismo. Tem frequentes crises

de excitação psico-motora. Blesidade. *Evolução*: O quadro atual não difere muito do da entrada.

41. OLIVIA S., 36 anos branca, viuva, natural da Capital Federal; internada em 1930. Hereditariedade : Não ha referencias fidedignas. *Estado somatico*: Leptosomica, bem nutrida; reflexos patelares vivos; pupilas angulares, com integridade do reflexos foto-motor *Estado psiquico*: Autismo; indiferenca afetiva; alucinações auditivas de tonalidade agradavel. Inteligencia francamente debil. Pragmatismo pouco afectado; atitudes estereotipidas, ecopraxia. *Evolução*: Ao ser internada tinha o mesmo aspecto clinico.

42. MARIA DE J., 37 anos, branca, solteira, natural de Minas Gerais; internada em 1919. Hereditariedade: Informes omissos. Estado somatico: Leptosomica, bem nutrida; reflexos patelares exaltados; pupilas iguais, com bôa reação á luz *Estado psiquico*: Interiorização; alucinações auditivas; pragmatismo dispersivo; reações afetivas paradoxais; nivel intelectual apoucado. Está desorientada no tempo. *Evolução*: O conjuto sintomatico atual coincide com o da entrada.

43. CECILIA R., 21 anos, branca, solteira, natural de S. Paulo; internada em 1930. Hereditariedade: Pai psicopata. *Estado somatico*: Leoptosomica, desnutrida; reflexos patelares normais; pupilas iguais, reagem á luz *Estado psiquico*: Autismo; ideas delirantes misticas com alucinações auditivas. Estereotipias, negativismo. Ancilose afetiva, pragmatismo nulo. *Evolução*: Quando deu entrada apresentava identico quadro.

44. PETRONILHA S., 29 anos, branca, solteira, natural da Capital Federal; internada em 1923. *Hereditariedade*: Pai alcoolista; mãi nervosa. *Estado somatico*: Leptosomica, hirsuta, bem nutrida; reflexos patelares normais; pupilas iguais, reflexo luminoso presente. *Estado psiquico*: Autismo; neologismos, maneirismos verbais; negativismo, perseveração, soliloquios, atitudes estereotipadas; pragmatismo nulo; alucinações auditivas. Idéas delirantes absurdas. *Evolução*: Por ocasião de entrada não havia idéas delirantes.

45. AMALIA A., 30 anos, branca, solteira, natural de Alagoas; internada em 1930. *Hereditariedade*: Informes omissos. *Estado somatico*: Leptosomica, bem nutrida; reflexos patelares vivos; pupilas iguais, reação foto-motora presente *Sangue*: reação de W – *Estado psiquico*: Autismo; irritabilidade; respostas ao lado; associação extravagante de idéas; verbigeração; afetividade unilateral, pragmatismo diminuido; maneirismo. *Evolução*: Tinha semelhante feitio clinico ao ser hopitalizada.

46. CHERUBINA A., 30 anos, branca, casada, natural de Alagôas; internada em 1928. *Hereditariedade*: carece de informes. *Estado somatico*: Leptosomica, bem nutrida; reflexos patelares e pupilares normais. *Sangue*: reação de W – *Estado psiquico*: Autismo. Desorientação no meio e no tempo· Alucinações auditivas diferenciadas. Soliloquios. Rigidez afetiva. Pragmatismo dispersivo. *Evolução*: O quadro atual é identico ao da entrada.

47. CARMINDA G., 37 anos, branca, viuva, natural da Capital Federal; internada em 1930 – *Hereditariedade*: Informes falhos. *Estado somatico*: Leptosomico-displasica; reflexos patelares e pupilares normais. *Sangue*: reação em W – *Estado psiquico*: Autismo; exibicionismo, erotismo; salada de palavras; idéas delirantes, de grandeza sem sistematização. Impulsos agressivos; alucinações auditivas, negativismos, rigidez afetiva; pragmatismo nulo. *Evolução*: Os sintomas atuais coincidem com os que havia na entrada.

48. TEREZA G., 41 anos, branca, solteira, de naturalidade ignorada; internada em 1928. *Hereditariedade*: Informes omissos *Estado somatico*: Leptosomico-displasica; reflexos pupilares e patelares normais. *Sangue e liquor*: reação de W – *Estado psiquico*: Neologismos, maneirismo verbal; salada de palavras. Idéas delirantes absurdas e eroticas. Pragmatismo nulo; ancilose afetiva; hipereinesias, estereo-tipias. Tem descabidas crises de copiosos chôro. *Evolução*: Ao ser internada apresentava o mesmo quadro.

49. CORINA M., 33 anos, branca, casada, natural da Capital Federal; internada em 1929· *Hereditariedade:* Não

elucidada. *Estado somatico*: Leptosomico-displasica; pupilas mioticas, com lenta reação luminosa; reflexos patelares exataldos. *Estado psiquico*: Autismo; risos imotivados. Tem crises de excitação verbo-motora. Estereotipias hipercineticas; pragmatismo diminuido; indiferença afetiva, alucinações auditivas; negativismo, soliloquios. *Evolução*: O quadro atual é semelhante ao da entrada.

50. MARIA C., 36 anos, branca, casada, de naturalidade ignorada; internada em 1921. *Hereditariedade*: Carece de elucidação. *Estado somatico* : Leptosomico-displasica, bem nutrida; pupilas midriaticas, com lenta reação luminosa; reflexos patelares vivos. *Sangue*: reação de W –. *Estado psiquico*: Autismo; impulsos, negativismo, soliloquio, alucinações auditivas, maneirismos, neologismos; rigidez afetiva, pragmatismo nulo; risos descabidos. *Evolução*: Ao ser internada apresentava o mesmo quadro.

51. AMALIA R., 42 anos, branca, solteira, de naturalidade ignorada; internada em 1908. *Hereditariedade*: Informes omissos. *Estado somatico*: Pienica, bem nutrida; pupilas mioticas, com bôa reação luminosa; reflexos patelares normais. *Estado psiquico*: Autismo; soliloquios, risos imotivados constantes. Tem fases de exaltação com francas alterações do humor. Estereotipias; alucinações do ouvido; ancilose afetiva; pragmatismo diminuido. Desorientada no tempo. *Evolução*: Quando entrou os sinais de catatonia eram francos.

52. ONEIDE B., 27 anos, solteira, branca, natural do Pará; internada em 1926. *Hereditariedade*: Pai morto de sifilis cerebral. *Estado somatico*: Leptosomica, mal nutrida; exoftalmica; reflexos patelares e pupilares normais. *Estado psiquico*: Dissociada, irascivel; desconfiada, linguagem afectada, esboça delirio de perseguição. Tem crises de excitação psico-motora. Afetividade unilateral, pragmatismo ilogico. Erotismo. *Evolução*: Ao ser internada tinha o mesmo aspecto clínico.

53. JULIA N., 46 anos, branca, solteira, natural da Capital Federal; internada em 1911. *Hereditariedade*: Prima-irmã psicopata. *Estado somatico*: Leptosomico-displasica; pupilas com bôa reação luminosa; reflexos patelares diminuidos. *Estado psiquico*: Autismo; estereotipias, negativismo, maneirismo; delirio pueril erotico e de grandeza esboçadas, incoerente e entremeiado de alucinações auditivas. Pragmatismo nulo; impulsos; rigidez afetiva; sordicie. *Evolução*: Crises leves de excitação e depressão.

54. ANNA DE M., 51 anos, branca, solteira, natural de Sergipe; internada em 1911. *Hereditariedade*: Desconhecida. *Estado somatico*: Picnica, bem nutrida; reflexos patelares e pupilares normais. *Sangue*: reação de W –. *Estado psiquico*: Desorientada no meio e tempo; verbigeração, estereotipias, paralogismo, desdobramento da personalidade; idéas delirantes sem sistematização, esboçando megalomania; pragmatismo rudimentar; rigidez afetiva. *Evolução*: Ao ser internada o conjunto sintomatico coincidia com o atual.

55. JOSE' E., 35 anos, branco, solteiro, natural de Minas Gerais; internado em 1917. *Hereditariedade*: Primo-irmão esquizofrenico. *Estado somatico*: Leptosomico-displasico, bem nutrido; reflexos patelares e pupilares normais. *Sangue*: reação de W – . *Estado psiquico*: Autismo; negativismo, ambivalencia, neologismos; pragmatismo nulo; incoerencia de idéas; rigidez afetiva; alucinações auditivas; estereotipias

de linguagem. *Evolução:* Da entrada até hoje o quadro clínico pouco difere.

56. AQUILÉA S., 31 anos, branca, solteira, natural do Estado do Rio; internada em 1929. *Hereditariedade:* Irmã histerica. *Estado somatico:* Leptosomica, bem nutrida; reflexos patelares normais; pupilas iguais, com boa reação luminosa. *Estado psiquico:* Alucinações visuais, auditivas e cenestesicas; delirio polimorfo; risos imotivados; reações afetivas paradoxais. Noções de estetica e pragmatismo pouco afectados. *Evolução:* A observação de entrada coincide com a atual.

57. ARMANDO C., 55 anos, branco, solteiro, natural da Paraíba; internado em 1914. *Hereditariedade:* Não se apuram psicopatias. *Estado somatico:* Leptosomico, bem nutrido; reflexos patelares normais; pupilas regulares, com perfeita reação foto-motora. *Sangue:* reação de W –. *Estado psiquico:* Autismo; idéas delirantes melancolicas, de ruina e de auto-acusação incoerentes e sem sistematização; maneirismos. Alucinações auditivas, ambivalencia. Rigidez afetiva, pragmatismo nulo. *Evolução:* O quadro da entrada é semelhante ao atual.

58. AGOSTINHO P., 19 anos, branco, solteiro, natural do Estado do Rio; internado em 1930. *Hereditariedade:* Informes pouco elucidativos. *Estado somatico:* Atletico, bem nutrido; patelares normais; pupilas iguais, com integra reação luminosa. *Estado psiquico:* Dissociado; neologismos, soliloquios; delirio versatil de perseguição; alucinações auditivas. Reações afetivas paradoxais, pragmatismo diminuido. *Evolução:* O conjunto sintomatico atual pouco se afasta do que se mostrava á entrada.

59. JOSE' C., 32 anos, branco, solteiro, natural de S. Paulo; internado em 1931. *Hereditariedade:* Informes obscuros. *Estado somatico:* Leptosomico-displasico; reflexos patelares normais; pupilas iguais, com bôa reação foto-motora. *Estado psiquico:* Autismo, idéas delirantes de perseguição e de grandeza, moveis, instaveis. Alucinações auditivas; estereotipias. Pragmatismo nulo, ancilose afetiva. *Evolução:* A observação á entrada pouco se afasta da atual.

60. ALFREDO C., 18 anos, branco, solteiro, natural de Minas Gerais; internado em 1929. *Hereditariedade:* Informações parcas. *Estado somatico:* Leptosomico-displasico, bem nutrido; reflexos patelares normais; pupilas regulares, com perfeito reflexo á luz. *Sangue e liquor:* reação de W –. *Estado psiquico:* Autismo; maneirismo, verbigeração, atos extravagantes. Indiferença afetiva; pragmatismo dispersivo.

Alucinações auditivas. *Evolução*: Nada ha a modificar na observação de entrada.

61. ARTHUR S., 39 anos, branco, solteiro, natural do Rio Grande do Norte; internado em 1910. *Hereditariedade*: Primo alienado; tem outros parentes neuropatas. *Estado somatico*: Atletico-leptosomico; reflexos patelares vivos; pupilas dilatadas com bôa reação á luz. *Sangue*: reação de W –. *Estado psiquico*: Autismo, neologismos; alucinações auditivas, associação extravagante de idéas. Pragmatismo rudimentar, afetividade diminuida. *Evolução*: O quadro atual semelhante ao da entrada.

62. JOSE' C., 31 anos, branco, solteiro, natural da Capital Federal; internado em 1926. *Hereditariedade*: Informes falhos. *Estado somatico*: Atletico-displasico: reflexos patelares e pupilares normais. *Estado psiquico*. Autismo; associação extravagante de idéas. Maneirismo, soliloquios, estereotipias, negativismo. Pragmatismo nulo, afetividade rija. Alucinações auditivas elementares e diferenciadas. *Evolução*: Por ocasião da entrada não havia maneirismo e estereotipias.

63. ABILIO M., 23 anos, branco, solteiro, natural do Estado do Rio; internado em 1931. *Hereditariedade*: Irmão neuropata; primo alienado. *Estado somatico*: Displasico bem nutrido; reflexos patelares normais; pupilas com bôa reação luminosa. *Estado psiquico*: Autismo; idéas delirantes frouxas de grandeza; maneirismo. Pragmatismo e afetividade diminuidos. Alucinações auditivas elementares. *Evolução*: Quando foi hospitalizado não tinha idéas delirantes.

64. JOÃO S., 31 anos, branco, solteiro, natural do Estado do Rio; internado em 1930. *Hereditariedade*: Pai neuropata. *Estado somatico*: Atletico-displasico, bem nutrido; reflexos patelares normais. *Sangue e liquor*: reação de W –. *Estado psiquico*: Dissociado; idéas delirantes persecutorias e de grandeza pouco intensas, sem tendencia á sistematizacao. Reações afetivas paradoxais, pragmatismo dispersivo. Alucinações auditivas. *Evolução*: Ao ser internado o quadro era identico.

65. WALDEMAR C., 27 anos, branco, solteiro, natural do Estado do Rio; internado em 1926. *Hereditariedade*: Informes omissos. *Estado somatico*: Leptosomico-displasico: reflexos patelares exaltados; pupilas com bôa reação á luz. *Sangue*: reação de W –. *Estado psiquico*: Autismo; associação extravagante de idéas. Maneirismo. Pragmatismo diminuido; afetividade pouco afetada. Está orientado no

meio e tempo. Alucinações auditivas. *Evolulção*: por ocasião da internação apresentava quadro semelhante.

66. SEBASTIÃO A., 25 anos, branco, solteiro, natural de Minas Gerais; internado em 1930. *Hereditariedade*: Carece de informes. *Estado somatico*: Leptosomico-atletico, bem nutrido; reflexos patelares normais; pupilas anisocoricas, com bom reflexo á luz. *Sangue*: reação de W –. *Estado psiquico*: Autismo; idéas delirantes inconsistentes. Orientado no meio e no tempo. Puerilismo. Afetividade rija, pragmatismo ilogico. Alucinações auditivas. *Evolução*: Quando foi hospitalizado pouco diferia do atual o seu quadro clínico.

67. ODILON M., 25 anos, branco, solteiro, natural de Pernambuco; internado em 1931. *Hereditariedade*: Não se apuram psicopatias. *Estado somatico*: Leptosomico, bem nutrido; reflexos patelares e pupilares normais. *Liquor*: reação de W –. *Estado psiquico*: Dissociado; idéas delirantes persecutorias pouco acentuadas; afetividade e pragmatismo pouco afectados. Prática de atos extravagantes. Soliloquios. *Evolução*: Quando foi hospitalizado eram mais vivas as idéas delirantes.

68. ALFREDO S., 24 anos, branco, solteiro, natural de Alagôas; internado em 1931. *Hereditariedade*: Não elucidada. *Estado somatico*: Leptosomico, bem nutrido; reflexos patelares normais; pupilas com perfeita reação luminosa. *Estado psiquico*: Autismo; idéas delirantes polimorfas. Pragmatismo nulo, ancilose afetiva; negativismo. Alucinações auditivas e cenestesicas. *Evolução*: O quadro morbido atual é semelhante ao da entrada.

69. SILVIO L., 34 anos, branco, solteiro, natural de Minas Gerais; internado em 1924. *Hereditariedade*: Imperscrutavel. *Estado somatico*: Leptosomico, bem nutrido; reflexos patelares normais; pupilas mioticas reagem bem á luz. Sangue : reação de W –. *Estado psiquico*: Autismo; esbôço de idéas delirantes; verbigeração, ambivalencia, estereotipias. Rigidez afetiva, pragmatismo nulo. Desorientação alopsiquica. Alucinações auditivas. Evolução: Permanece o quadro clinico semelhante á observação de entrada.

70. GABRIELA F., 49 anos, branca, solteira, natural de S. Paulo; internada em 1926. *Hereditariedade*: Informes omissos. *Estado somatico*: Leptosomica, desnutrida; reflexos pupilares e patelares normais. *Estado psiquico*: Autismo; salada de palavras; incoerencia na associação de idéas; negativismo, esteriotipias, ambivalencia, maneirismos, neologismos. Pragmatismo nulo, ancilose afetiva. Alucinações

auditivas. *Evolução:* Quando foi hospitalizada tinha quadro semelhante.

71. AURORA S., 49 anos, branca, casada, natural de Sergipe; internada em 1927. *Hereditariedade:* Informes omissos. *Estado somatico:* Leptosomica, desnutrida; reflexos patelares normais; pupilas iguais, com bôa reação á luz. *Estado psiquico:* Autismo; soliloquios, negativismo, risos imotivados. Idéas delirantes frouxas de perseguição. Ancilose afetiva, pragmatismo dispersivo. Desorientada no tempo. Alucinações auditivas e visuais diferenciadas. *Evolução:* Ao ser internada exibia delirio alucinatorio sistematizado.

72. CAPITULINA V., 55 anos, mestiça, solteira, natural de Minas Gerais; internada em 1928. *Hereditariedade:* Informes omissos. *Estado somatico:* Picnico-displasica; reflexos patelares exaltados; pupilas reagem bem á luz. *Estado psiquico:* Dissociada; idéas delirantes sem sistematização, de caracter mistico e de grandeza. Pragmatismo nulo. Rigidez afetiva. Soliloquios. Alucinações auditivas diferenciadas. Neologismos. *Evolução:* Quando foi hospitalizada era mais intenso o delirio.

73. ERNESTINA M., 58 anos, mestiça, solteira, natural do Espirito Santo; internada em 1922. *Hereditariedade:* Não elucidada. *Estado somatico:* Leptosomico-displasica, bem nutrida; reflexos patelares normais; pupilas mioticas, reagem bem á luz. *Estado psiquico:* Autismo; impulsos, ambitendencia, soliloquios. Idéas pueris e incoerentes. Pragmatismo pouco afetado, rigidez afetiva. Alucinações auditivas. *Evolução:* O quadro atual pouco difere do que havia na entrada.

74. DAMIRO R., 42 anos, branco, solteiro, natural do Estado do Rio; internado em 1927. *Hereditariedade:* Não se apuram psicopatias. *Estado somatico:* Leptosomico-displasico; reflexos pupilares e patelares normais. *Estado psiquico:* Autismo; associação extravagante de idéas. Dição afectada, neologismos; soliloquios, esteriotipias. Pragmatismo nulo, afetividade embotada. Alucinações auditivas. *Evolução:* Quando foi internado tinha identico quadro.

75. LUCIANA M., 38 anos, branca, natural do Estado do Rio; internada em 1922. *Hereditariedade:* Informes imprecisos. *Estado somatico:* Picnico-displasica, bem nutrida; reflexos patelares diminuidos; pupilas iguais, com bôa reaçã foto-motora. *Estado psiquico:* Autismo; soliloquios, risos imotivados, negativismo. Associação extravagante de idéas. Pragmatismo nulo, rigidez afetiva. Alucinações auditivas.

Evolucão: Quando foi hospitalizada era identico o quadro morbido.

76. HELENA M., 32 anos, branca, solteira, de naturalidade ignorada; internada em 1929. *Hereditariedade*: Infomes obscuros. *Estado somatico*: Leptosomica, desnutrida; reflexos patelares vivos; pupilas iguais, reagem bem á luz. *Estado psiquico:* Autismo; associaçã extravagante de idéas. Estereotipias, perseveração, negativismo, maneirismo, neologismos. Rigidez afetiva, pragmatismo nulo. Alucinações auditivas. *Evolução*: A observação anterior á atual internação consigna quadro paranoide.

77. SALVADOR R., 52 anos, branco, casado, natural do Rio Grande doSul; internado em 1927. *Hereditariedade*: Não se apuram psicopatias. *Estado somatico*: Atletico-displasico, bem nutrido; reflexos patelares normais; pupilas iguais, reagem bem á luz. *Liquor e sangue*: reação de W –. *Estado psiquico*: Autismo; afetividade diminuida, pragmatismo pouco afetado. Idéas delirantes versateis de perseguição. Soliloquios. Alucinações auditivas. *Evolução*: A observação primitiva regista idéas delirantes mais intensas e crises de excitação psico-motora.

III. – CATATONIA

78. ALVARO C., 19 anos, mestiço, solteiro, de naturalidade ignorada; internado em 1930. *Hereditariedade*: Precisa de deslinde. *Estado somatico*: Leptosomico-displasico; desnutrido; reflexos patelares normais; pupilas iguais com perfeita reação luminosa. *Sangue*: reação de W –. *Liquor*: reação de W.-?- -?- *Estado psiquico*: Autismo; flexibitas cerea; negativismo, estereotipia de atitude e de movimento, maneirismo, soliloquios. Perda da iniciativa, rigidez afetiva. Alucinações auditivas. *Evolução*: Quando entrou tinha identico feitio clínico.

79. BENEDITA T., 35 anos, mestiça, solteira, natural da Capital Federal; internada em 1929. *Hereditariedade*: Informes omissos. *Estado somatico*: Leptosomico-displasica; reflexos patelares e pupilares normais. *Estado psiquico*: Interiorização; catalepsia; negativismo, mutismo; estereotipias acinetica e para-cineticas, maneirismo. Pragmatismo nulo, afetividade embotada. Alucinações auditivas: *Evolução*: Por ocasião da internação apresentava o mesmo conjunto sintomatico.

80. DINA B., 35 anos, mestiça, casada, de naturalidade ignorada. *Hereditariedade*: Informes omissos. *Estado soma-*

tico: Picnico-displasica, hirsuta, desnutrida. Reflexos patelares exaltados; pupilas iguais, com bôa reação luminosa. *Estado psiquico*: Autismo; estereotipias de atitude, negativismo, sordicie. Idéas incoerentes e pueris, acompanhadas de reações mimicas paradoxais. Impulsos. Pragmatismo rudimentar, afetividade embotada. *Evolução*: Por ocasião da internação o quadro era identico.

81. ALMERINDA F., 35 anos, mestiça, solteira, de naturalidade ignorada; internada em 1928. *Hereditariedade*: Informes falhos. *Estado somatico*: Leptosomica, desnutrida; reflexos patelares exaltados e pupilares normais. *Estado psiquico*: Autismo; flexibitas cerea; estereotipias de atitude, negativismo, maneirismo; sordicie; verbigeração. Pragmatismo nulo, rigidez afetiva. *Evolução:* Quando foi observada á entrada não eram tão flagrantes os sinais catatonicos.

82. ADELAIDE G., 27 anos, mestiça, viuva, de naturalidade ignorada. *Hereditariedade*: Não ha informes fidedignos. *Estado somatico*: Leptosomica, desnutrida; pupilas iguais, reagem bem á luz; reflexos patelares normais. *Estado psiquico*: Negativismo: estereotipias de atitude, risos imotivados. Indiferença afetiva, pragmatismo nulo. Alucinações auditivas. *Evolução*: Quando foi internada tinha o feitio clínico da confusão mental.

83. BERTOLINA S., 26 anos, mestiça, solteira, natural da Capital Federal; internada em 1927. *Hereditariedade*: Desconhecida. *Estado somatico*: Leptosomico-displasica; reflexos patelares vivos; pupilas iguais, com perfeito reflexo luminoso. *Sangue*: reação de W –. *Estado psiquico*: Autismo; estereotipias de atitude, negativismo ativo, risos imotivados, interceptação do pensamento; perda da atividade pragmatismo; ancilose afetiva. *Evolução*: A observação de entrada coincide com a atual.

84. MARIA P., 25 anos, mestiça, casada, natural de Minas Gerais; internada em 1929. Hereditariedade: Informes omissos. *Estado somatico*: Leptosomica, desnutrida; reflexos patelares vivos; pupilas midriaticas, com bôa reação luminosa. *Sangue*: reação de W –. *Estado psiquico*: Autismo; negativismo, estereotipias de atitude, risos imotivados. Desorientada no tempo. Pragmatismo nulo, afetividade embotada. Inteligencia apoucada. *Evolução*: O conjunto sintomatico atual coincide com o da observação de entrada.

85. IZABEL P., 37 anos, negra, solteira, de naturalidade ignorada; internada em 1930. *Hereditariedade*: Informes obscuros. *Estado somatico*: Leptosomico-displasica, desnutrida; reflexos patelares vivos e pupilares normais. *Estado*

psiquico: Autismo; flexibitas cerea, estereotipias de atitude; negativismo, sordicie, mutismo. Indiferença afetiva, pragmatismo nulo. Alucinações auditivas. *Evolução*: Casa com o atual o quadro referido na observação de entrada.

86. FLORA S., 18 anos, negra, solteira, natural da Capital Federal; internada em 1921. *Hereditariedade*: Indeslindavel. *Estado somatico*: Leptosomica, desnutrida; reflexos patelares vivos; pupilas iguais, com perfeito reflexo á luz. *Sangue e Liquor*: reação de W. – *Estado psiquico*: Autismo; negativismo; verbigeração, estereotipias paracineticas, maneirismo. Desorientada no meio e no tempo. Afetividade rija, pragmatismo nulo. Soliloquios. *Evolução*: Identico quadro á entrada.

87. SEMIANA B., 33 anos, negra, estado civil ignorado, natural do Estado do Rio; internada em 1930. *Hereditariedade*: Informes falhos. *Estado somatico*: Leptosomico-displasica; reflexos patelares e pupilares normais. *Sangue*: reação de W. – *Estado psiquico*: Autismo; negativismo, atitudes estereotipadas; impulsos, risos imotivados, interceptação do pensamento. Tem crises de agitação motora. Afetividade indiferente, pragmatismo nulo. *Evolução*: Quando deu entrada, predominavam os sinais hebefrenicos.

88. LEOPOLDO C., 16 anos, solteiro, natural da Capital Federal; internada em 1930. *Hereditariedade* : Não deslindada. *Estado somatico*: Leptosomico-displasico, desnutrido; reflexos tendineos vivos; pupilas iguais, reagem á luz. *Sangue e liquor*: *reação* de W. – *Estado psiquico*: Autismo; flexibitas cerea; negativismo, mutismo, estereotipias de atitude; soliloquios. Ancilose afetiva, pragmatismo nulo. Alucinações auditivas *Evolução*: O quadro atual casa com o da entrada.

89. WALDEMAR G., 31 anos, negro, solteiro, de naturalidade ignorada; internado em 1927. *Hereditariedade*: Informes deficientes. *Estado somatico*: Atletico-displasico, bem nutrido; reflexos patelares vivos e pupilares normais. *Estado psiquico*: Autismo, irritabilidade, impulsos; estereotipias de atitude, negativismo. Afetividade indiferente, pragmatismo ilogico. Alucinações auditivas. *Evolução*: A observação de entrada consigna o quadro de heboidofrenia.

90. SEBASTIÃO H., 32 anos, negro, solteiro, natural de Minas Gerais; internado em 1929. *Hereditariedade*: Informações falhas. *Estado somatico*: Atletico-displasico; reflexos patelares normais; reações pupilares prejudicadas. *Estado psiquico*: Autismo; catalepsia. Noções de etica e estetica prejudicadas. Afetividade diminuida. Associação extravagante

de idéas. Negativismo. *Evolução*: Ao ser hospitalizado, a observação consignava feitio semelhante.

91. JOSE' S., 21 anos, negro, solteiro, natural de Minas Gerais; internado em 1931. *Hereditariedade*: Indestrinçavel. *Estado somatico*: Leptosomico, desnutrido; reflexos patelares normais; pupilas angulares, com bôa reação luminosa. *Estado psiquico*: Autismo; catalepsia; associação extravagante de idéas; negativismo, soliloquios. Afetividade rija, pragmatismo nulo. *Evolução*: Quando deu entrada apresentava o mesmo quadro.

92. OSVALDO P., 19 anos, negro, solteiro, de naturalidade ignorada; internado em 1931. *Hereditariedade*: Não elucidada. *Estado somatico*: Leptosomico, bem nutrido; reflexos patelares exaltados; pupilas iguais, com perfeita reação á luz. *Liquor e sangue*: reação de W. – *Estado psiquico*: Autismo; catalepsia; negativismo, mutismo, estupor; hipercinesias, estereotipias de atitude. Tem crises de agitação motora. Afetividade pouco prejudicada, pragmatismo rudimentar. Alucinações auditivas. *Evolução*: Ao ser internado apresentava o conjunto sintomatico atual.

93. SEBASTIÃO V., 31 anos, negro, solteiro, natural de Minas Gerais; internado em 1926. *Hereditariedade*: Pai alcoolista e tia alienada. *Estado somatico*: Atletico-displasico, bem nutrido; reflexos patelares normais; pupilas iguais, reagem bem á luz. *Estado psiquico*: Autismo; maneirismo; obediencia automatica, estereotipias de atitude. Pragmatismo nulo, rigidez afetiva; idéas delirantes misticas. *Evolução*: Nada ha a acrescentar á observação da entrada.

94. JOÃO M., 34 anos, mestiço, casado, natural do Estado do Rio; internado em 1930. *Hereditariedade*: Informações parcas. *Estado somatico*: Leptosomico-displastico, bem nutrido; reflexos patelares vivos e pupilares normais. *Estado psiquico*: Autismo; negativismo; flexibitas cerea, atitudes estereotipadas. Associação extravagante de idéas. Alucinações auditivas. Pragmatismo nulo, rigidez afetiva. *Evolução*: Ao entrar apresentava os mesmos sintomas.

95. EUGENIO S., 17 anos, mestiço, de estado civil ignorado, natural da Baía; internado em 1931. *Hereditariedade*: Não destrinçada. *Estado somatico*: Leptosomico, desnutrido; reflexos patelares e pupilares normais. *Estado psiquico*: Autismo; negativismo, verbigeração, atitudes estereotipadas. Atos extravagantes, nudismo. Ancilose afetiva, pragmatismo embotado. Alucinações auditivas. *Evolução*: Permanece o mesmo quadro que se exteriorizava á entrada.

96. JONATAS G., 54 anos, mestiço, solteiro, natural do Pará; internado em 1906. *Hereditariedade*: Informes omissos. *Estado somatico:* Leptosomico-displasico, bem nutrido. Reflexos patelares vivos; pupilas iguais, com bôa reação luminosa. *Estado psiquico*: Autismo; maneirismo, negativismo, estereotipias de atitude, sordicie, atividade pragmatica nula, afetividade embotada. Alucinações auditivas. *Evolução:* Quando foi hospitalizado pouco diferia o conjunto sintomatico.

97. EUCLIDES F., 26 anos, mestiço, solteiro, de naturalidade ignorada; internado em 1931. *Hereditariedade:* Informes imprecisos. *Estado somatico:* Leptosomico-displasico; reflexos patelares e pupilares normais. *Sangue e liquor:* reação de *W. – Estado psiquico:* Autismo; negativismo ativo, mutismo; flexibilitas cerea, estereotipias de atitude. Reações afetivas nulas pragmatismo diminuido. Alucinações auditivas. *Evolução: A* observação atual coincide com a que foi feita á entrada.

98. IGNEZ P., 21 anos, branca, solteira, de naturalidade ignorada; internada em 1928. *Hereditariedade:* Não ha informações fidedignas. *Estado somatico:* Leptosomico-displassica; reflexos pupilares e patelares normais. *Estado psiquico:* Autismo; negativismo, mutismo; estereotipias acineticas e paracineticas. Catalepsia. Senso pragmatico dispersivo; afetividade rija. *Evolução:* Quando da entrada a observação consigna sintomas catatonicos menos intensos.

99. ISAURA M., 24 anos, branca, solteira, de naturalidade ignorada; internada em 1928. *Hereditariedade:* Informes falhos. *Estado somatico:* Leptosomica, desnutrida; reflexos patelares exaltados; pupilas iguais, com perfeito reflexo luminoso. *Sangue:* reação de W. – *Estado psiquico:* Autismo; impulsos; estereotipias acineticas e paracineticas; catalepsia; negativismo, soliloquios, risos imotivados. Pragmatismo nulo, rigidez afetiva. *Evolução:* Quando foi observada á entrada tinha o quadro de hebefrenia.

100. MARIA S., 21 anos, branca, solteira, de naturalidade ignorada; internada em 1930. *Hereditariedade:* Informes omissos. *Estado somatico:* Displasica; reflexos patelares e pupilares normais. *Estado psiquico:* Autismo; negativismo ativo, mutismo; rigidez afetiva, estereotipias de atitude e de movimento. Extravagancia de endumentaria; risos imotivados. Pragmatismo nulo, alucinações auditivas. *Evolução:* Nada ha a acrescentar á observação da entrada.

101. AMELIA B., 40 anos, branca, casada, natural de Sergipe; internada em 1930. *Hereditariedade:* Informes fa-

lhos. *Estado somatico:* Leptosomica, desnutrida; reflexos patelares normais. Pupilas anisocoricas, reagem lentamente á luz. *Sangue:* reação de W. – *Estado psiquico:* Autismo; flexibitas cerea; soliloquios, negativismo; maneirismo, linguagem infantil. Iniciativa prejudicada, ancilose afetiva. Está desorientada no meio e no tempo. *Evolução:* O quadro atual pouco difere do que registrou a observação de entrada.

102. MARIA S., 27 anos, branca, casada, natural do Estado do Rio; internada em 1930. *Hereditariedade:* Informações parcas. *Estado somatico:* Leptosomico-diplasica; reflexos patelares diminuidos; pupilas midriaticas, com bôa reação á luz. *Sangue:* reação de W. – *Estado psiquico:* Autismo; negativismo; atitudes estereotipadas; dromomania. Tem crises de agitação. Indiferença afetiva, pragmatismo nulo. *Evolução:* Ao ser internada tinha o quadro de hebefrenia.

103. MARTA R., 45 anos, branca, casada, de naturalidade ignorada; internada em 1913. *Hereditariedade:* Informes nulos. *Estado somatico:* Picnica, hirsuta, bem nutrida; pupilas angulares reagem bem á luz; reflexos patelares vivos. *Estado psiquico:* Autismo; estereotipias de atitude e de movimento; negativismo ativo, mutismo, impulsos. Tem fases de agitação. Pragmatismo nulo, rigidez afetiva. *Evolução:* A observação da entrada resalta o quadro da hebefrenia.

104. JESUINA G., 30 anos, branca, solteira, de naturalidade ignorada; internada em 1929. *Hereditariedade:* Carece de informes. *Estado somatico:* Leptosomico-displasica; reflexos patelares vivos; pupilas iguais, com bôa reação á luz. *Estado psiquico:* Autismo; flexibitas cerea; obediencia automatica, estereotipias de atitude; mutismo, negativismo ativo. Afetividade e pragmatismo muito diminuidos. Alucinações auditivas. *Evolução:* Quando observada á internação o feitio clinico era de hebefrenia.

105. OLIMPIA A., 50 anos, branca, casada, natural da Capital Federal; internada em 1925. *Hereditariedade:* Nada se apura de positivo. *Estado somatico:* Leptosomico-displasica, desnutrida; exoftalmica; reflexos patelares e pupilares normais. *Estado psiquico:* Autismo; ambivalencia, com fases de catalepsia, estereotipias de atitude. Idéas delirantes de carater persecutorio sem tendéncia á sistematização. Ancilose afetiva, pragmatismo elementar. Alucinações auditivas diferenciadas. *Evolução:* O quadro atual pouco se afasta do que está registrado na observação de entrada.

106. MARIA B., 33 anos, branca, solteira, natural da Capital Federal; internada em 1929. *Hereditariedade:* As informações são precarias. *Estado somatico:* Leptosomico-atletica, bem nutrida; reflexos patelares vivos; pupila esquerda reage bem á luz; a direita tem reflexo prejudicado (coloboma). *Sangue* e *liquor:* reação de W. – *Estado psiquico:* Autismo, negativismo, estereotipias acineticas, catalepsia; onanismo. Pragmatismo rudimentar, afetividade rija. Alucinações auditivas. Idéas delirantes eroticas de trama frouxo. *Evolução:* Ao ser internada mostrava a mesma sintomatologia.

107. JACINTO S., 25 anos, branco, solteiro, natural da Capital Federal; internado em 1927. *Hereditariedade:* Não se apuram psicopatias. *Estado somatico:* Leptosomico-atletico, bem nutrido; reflexos patelares normais; pupilas regulares com perfeita reação foto-motora. *Estado psiquico:* Autismo; maneirismo, obediencia automatica, catalepsia, risos imotivados, impulsos, estereotipias de movimento. Pragmatismo nulo, rigidez afetiva. Idéas delirantes não sistematizadas. *Evolução:* Ao ser internado apresentava quadro hebefrenico.

108. MORALINA F., 40 anos, branca, solteira, natural do Estado do Rio; internada em 1926. *Hereditariedade:* In-formes falhos. *Estado somatico:* Leptosomica, bem nutrida; reflexos patelares normais. *Estado psiquico:* Autismo; negativismo, estereotipias acineticas e paracineticas, maneirismos, soliloquios. Pragmatismo rudimentar, ancilose afetiva. Desorientação alopsiquica. Alucinações auditivas. *Evoluçã*o: O quadro de agora é semelhante ao da entrada.

109. JOÃO M., 46 anos, branco, solteiro, de naturalidade ignorada; internado em 1911. *Hereditariedade:* Pai etilista. *Estado somatico:* Leptosomico; refuexos patelares e pupilares normais. *Liquor e Sangue:* reação de W. – *Estado psiquico:* negativismo, mutismo, estereotipias de atitude, flexibitas cerea, riso imotivado, sordicie. Alucinações auditivas elementares. Pragmatismo nulo; anestesia afetiva. *Evolução:* Nada ha a acrescentar á anterior observação.

110. MANOEL V., 56 anos, branco, solteiro, natural de Minas Gerais; internado em 1904. *Hereditariedade:* Irmão oligofrenico. *Estado somatico:* Leptosomico-displasico, desnutrido; reflexos patelares e pupilares anormais. *Sangue:* reação de *W. – Estado psiquico:* Autismo, mutismo, negativismo, manenrismo, hipercinesias, impulsos, estereotipias de atitude. Emb otamento afetivo, pragmatismo dispersivo.

Evolução: Quando deu entrada no hospital era intensamente delirante de feitio pranoide.

111. CAIO G., 34 anos, branco, solteiro, natural de São Paulo; internado em 1926. *Hereditariedade:* Não deslindada. *Estado somatico:* Leptosomico, desnutrido; pupilas iguais reagem bem; reflexos tendineos dos membros inferiores abolidos. Polinevrite. *Liquor e sangue:* reação de *W.* – *Estado psiquico:* Autismo; estereotipias de linguagem, de atitude e de movimento; negativismo, maneirismo, ambivalencia. Sofre crises de agitação psico-motora. Associação de idéas incoerente. Demencia afetiva, perda de iniciativa. Alucinações auditivas diferenciadas. *Evolução:* Quando foi internado não eram tão evidentes os sinais catatonicos.

112. .JOAQUIM E., 52 anos, branco, solteiro, natural de Minas Gerais; internado em 1904. *Hereditariedade:* Mãi psicopata. *Estado somatico:* Leptosomico-atletico, bem nutrido; reflexos patelares vivos; pupilas iguais, com bôa reação foto-motora. *Sangue:* reação de W –. *Estado psiquico:* Autismo, mutismo, negativismo, estereotipias de atitude e de movimento; verbigeração. Embotamento afectivo, atividade pragmatica rudimentar. *Evolução:* Quando foi hospitalizado tinha identico quadro sintomatico.

113. PAULO C., 45 anos, branco, solteiro, natural da Capital Federal; internado em 1921. *Hereditariedade:* Informes omissos. *Estado somatico:* Picnico-atletico; bem nutrido; reflexos patelares vivos; pupilas iguais, com perfeito reflexo á luz. *Sangue:* reação de W –. *Estado psiquico:* Autismo; flexibitas cerea, negativismo, estereotipias de atitude, ambivalencia, obediencia automatica, impulsos. Indiferença afetiva, pragmatismo nulo. *Evolução:* Com pequenas variantes o quadro de entrada assemelha-se ao atual.

114. LEOPOLDO F., 31 anos, branco, solteiro, de naturalidade ignorada; internado em 1916. *Hereditariedade:* Varios tios psicopatas, inclusive esquizofrenios e histericos. *Estado somatico:* Leptosomico, desnutrido; reflexos patelares vivos; pupilas dilatadas, com lenta reação foto-motora. *Sangue:* reação de W –. *Estado psiquico:* Autismo, negativismo, desconfiança e irritabilidade; mutismo, estereotipias de atitude. Anestesia afetiva, pragmatismo elementar. *Evolução:* A observação primitiva de internação consigna o feitio paranoide.

115. CARLOS L., 26 anos, branco, solteiro, natural da Capital Federal; internado em 1929. *Hereditariedade:* Informes imprecisos. *Estado somatico:* Leptosomico, bem nutrido, reflexos patelares exaltados; pupilas anisocoricas e

preguiçosas á luz. *Sangue e liquor:* reação de W –. *Estado psiquico:* Autismo; negativismo, flexibitas cerea, estereotipias de atitude. Tem crises de agitação psico-motora. Rigidez afetiva, pragmatismo rudimentar. Onanismo. Alucinações do ouvido. *Evolução:* Ao ser internado tinha o quadro da hebefrenia.

116. CANDIDO B., 41 anos, branco, solteiro, de naturalidade ignorada; internado em 1923. *Hereditariedade:* Tio e irmão psicopatas. *Estado somatico:* Leptosomico, bem nutrido; reflexos patelares vivos; pupilas iguais, preguiçosas á luz. *Liquor e sangue:* reação de W. francamente positiva. *Estado psiquico:* Dissociado; maneirismo, estereotipias de atitude e de movimento; verbigeração, ambivalencia. Idéas delirantes incoerentes sem sistematização. Rigidez afetiva, senso pragmatico embotado. *Evolução:* O quadro atual é identico ao que se observou na internação.

117. ROSENDO T., 46 anos, branco, solteiro, de naturalidade ignorada; internado em 1926. *Hereditariedade:* Informes omissos. *Estado somatico:* Leptosomico, desnutrido; reflexos patelares vivos; pupilas iguais, com bôa reação luminosa. *Liquor e sangue:* reação de W –. *Estado psiquico:* Autismo; agitação catatonica; impulsos; negativismo, maneirismo, verbigeração. Embotamento afetivo, pragmatismo rudimentar. Alucinações auditivas. *Evolução:* Identica ao ser internado.

118. HOMEM, de 32 anos presumiveis, branco, de estado civil e naturalidade ignorados; internado em 1931. *Hereditariedade:* Indestrinçavel. *Estado somatico:* Leptosomico, desnutrido; reflexos patelares e pupilares normais. *Estado psiquico:* Autismo; catalepsia; mutismo impenetravel; negativismo ativo; estereotipias de atitude e de movimento. Afetividade embotada, pragmatismo nulo. *Evolução:* A observação feita á entrada é identica á atual.

119. ABILIO T., 28 anos, branco, solteiro, natural de S. Paulo; internado em 1927. *Hereditariedade:* Informes falhos. *Estado somatico:* Leptosomico, bem nutrido; reflexos patelares e pupilares normais. *Sangue e liquor:* reação de W –. *Estado psiquico:* Autismo; estereotipia de atitude, negativismo, sordicie, maneirismo. Associação extravagante de idéas. Pragmatismo rudimentar, anestesia afetiva. *Evolução:* Identica á observação de internação.

120. ADELINO A., 29 anos, branco, solteiro, de naturalidade ignorada; internado em 1922. *Hereditariedade:* Não ha informações fidedignas. *Estado somatico:* Displasico, bem nutrido; reflexos patelares e pupilares normais. *Estado psi-*

quico: Autismo; catalepsia, estereotipia de movimento, maneirismo, negativismo. Afetividade rija, inibição pragmatica. Alucinações auditivas. *Evolução:* Ao ser internado tinha identico quadro morbido.

121. JOSE' C., 23 anos, branco, solteiro, natural de Alagôas; internado em 1931. *Hereditariedade:* Informes omissos. *Estado somatico:* Leptosomico, desnutrido; reflexos patelares normais; pupilas iguais, com bôa reação luminosa. *Liquor e sangue:* reação de *W –*. *Estado psiquico:* Autismo; mutismo, estereotipia de atitude, negativismo ativo. Pragmatismo nulo, rigidez afetiva. Alucinações auditivas elementares. *Evolução:* Pouco difere a observação atual da que foi feita por ocasião da entrada.

122. TOMAZ P., 23 anos, branco, solteiro, natural da Capital Federal; internado em 1929. *Hereditariedade:* Informes omissos. *Estado somatico:* Leptosomico, desnutrido; reflexos patelares e pupilares normais. *Sangue e liquor:* reação de W –. *Estado psiquico:* Autismo; negativismo, flexibitas cerea, estereotipia de atitude, sordicie. Rigidez afetiva, pragmatismo nulo. *Evolução:* O quadro tem-se mantido sem modificações.

123. MANOEL M., 44 anos, branco, solteiro, natural de Minas Gerais; internado em 1918. *Hereditariedade:* Carece de pesquiza. *Estado somatico:* Atletico-displasico; reflexos patelares exaltados; pupilas iguais, reagem á luz. *Estado psiquico:* Negativismo, impulsos, mutismo, estereotipias de movimento, soliloquios. Rigidez afetiva, pragmatismo nulo. Alucinações auditivas. *Evolução:* A observação primitiva consigna quadro identico ao atual.

124. BRAULIO S., 41 anos, branco, solteiro, de naturalidade ignorada; internado em 1910. *Hereditariedade:* Irmão esquizofrenico. *Estado somatico:* Picnico, bem nutrido; reflexos patelares exaltados; pupilas iguais, reagem á luz. *Estado psiquico:* Autismo, estereotipias de movimento, catalepsia, mutismo, negativismo ativo, impulsos. Rigidez afetiva, pragmatismo nulo. Alucinações auditivas. Tem crises de agitação catatonica. *Evolução:* Tem-se mantido estavel o feitio clínico.

125. MARCELLO C., 47 anos, branco, solteiro, natural da Capital Federal; internado em 1924. *Hereditariedade:* Informes omissos. *Estado somatico:* Leptosomico-displasico, bem nutrido; reflexos tendineos e pupilares normais. *Liquor e sangue:* reação de W –. *Estado psiquico:* Autismo, negativismo, sordicie, soliloquios, estereotipia de atitude, de

linguagem e de movimento. Impulsos. Embotamento afetivo, pragmatismo rudimentar. Alucinações auditivas. *Evolução:* O quadro pouco difere do que consta na observação de entrada.

126. MARIA O., 31 anos, branca, solteira, de naturalidade ignorada; internada em 1927. *Hereditariedade:* Irmão psicopata. Estado *somatico:* Leptosomica, bem nutrida; reflexos patelares exaltados; pupilas iguais, com bôa reação á luz. *Sangue e liquor:* reação de W –. *Estado psiquico:* Autismo; flexibitas cerea, estupor, negativismo, mutismo. Embotamento afetivo. Pragmatismo dispersivo e ilogico. Alucinações auditivas. *Evolução:* A observação primitiva consigna o feitio da hebefrenia.

127. MARIA L., 57 anos, branca, casada, natural de S. Paulo; internada em 1911. *Hereditariedade:* Informes omissos. *Estado somatico:* Picnico-displasica, bem nutrida; reflexos tendineos e pupilares normais. *Estado psiquico:* Autismo; soliloquios, obediencia automatica, estereotipia de atitude; mutismo. Pragmatismo nulo, rigidez afetiva. *Evolução:* Ao entrar apresentava identico feitio clínico.

128. ARMINDA C., 40 anos, branca, solteira, natural do Ceará; internada em 1931. *Hereditariedade:* Informes falhos. *Estado somatico:* Leptosomico-displasica, bem nutrida; reflexos patelares e pupilares normais. *Estado psiquico:* Autismo; negativismo, perturbações psicograficas, mutismo, sordicie, estereotipia de atitude. Pragmatismo elementar, rigidez afetiva. Alucinações auditivas. *Evolução:* Quando deu entrada no serviço tinha identico quadro morbido.

IV – DEMENCIA PARANOIDE

129. JOSE' S., 20 anos, branco, solteiro, natural de S. Paulo; internado em 1930. *Hereditariedade:* Irmão neuropata. *Estado somatico:* Leptosomico-displasico, bem nutrido; reflexos patelares normais; pupilas iguais, com bôa reação luminosa. *Estado psiquico:* Autismo; delirio de perseguição baseado em alucinações auditivas diferenciadas, e cenestesicas. Interceptação e roubo do pensamento. Afetividade paradoxal, pragmatismo diminuido. *Evolução:* A observação atual casa com a que foi feita por ocasião da internação.

130. ABELARDA T., 35 anos, branca, solteira, de naturalidade ignorada; internada em 1929. *Hereditariedade:* Informes omissos. *Estado somatico:* Leptosomica, bem nutrida;

reflexos patelares e pupilares normais. *Sangue e liquor:* reação de W –. *Estado psiquico:* Autismo; negatismo, delirio de grandeza com franca sindrome paranoide. Alucinações auditivas diferenciadas. Iniciativa diminuida. Embotamento afetivo. Maneirismo. *Evolução:* Nada ha que acrescentar á observação da entrada.

131. RUBENS B., 48 anos, mestiço, solteiro, natural da Capital Federal; internado em 1930. *Hereditariedade:* Irmão alienado. *Estado somatico:* Leptosomico-displasico; reflexos patelares exaltados; pupilas regulares, com perfeita reação á luz. *Estado psiquico:* Autismo; orgulho e desconfiança; interpretação delirantes com idéas coordenadas de perseguição e de grandeza. Alucinações auditivas. Pragmatismo dispersivo, embotamento afetivo. *Evolução:* Tem o mesmo quadro da entrada.

132. MARIA S., 38 anos, solteira, branca, de naturalidade ignorada; internada em 1915. *Hereditariedade:* Informes precarios. *Estado somatico:* Leptosomico-desnutrida; reflexos tendineos e pupilares normais. *Sangue e liquor:* reação de W –. *Estado psiquico:* Autismo; associação de idéas por assonancia e extravagantemente. Idéas delirantes de grandeza e de perseguição persistentes. Soliloquios, verbigeração, negativismo. Rigidez afetiva e pragmatismo diminuido. *Evolução:* Na observação de internação consigna-se o delirio mais intenso e mais sistematizado.

133. CAROLINA B., 37 anos, branca, casada, natural da Capital Federal; internada em 1930. *Hereditariedade:* Informes omissos. *Estado somatico:* Leptosomica, bem nutrida, reflexos pupilares e patelares normais. *Sangue:* reação de *W* –. *Estado psiquico:* Autismo; idéas delirantes de grandeza com tendencia á sistematização. Interpretações delirantes. Desconfiança e orgulho. Alucinações visuais. Pragmatismo e afetividade desequilibrados. *Evolução:* O quadro pouco difere daquele que se apresentára a entrada.

134. MARIA L., 49 anos, branca, casada, natural de Minas Gerais; internada em 1929. *Hereditariedade:* Informes omissos. *Estado somatico:* Leptosomica, bem nutrida; reflexos patelares exaltados; pupilas iguais, com bôa reação foto-mora. *Estado psiquico:* Interiorização; risos imotivados, irritabilidade. Idéas delirantes misticas e de grandeza, ricas, chegando a formar verdadeiro delirio, baseada em alucinações, auditivas e visuais, diferenciadas. Reações afetivas paradoxais; pragmatismo dispersivo. *Evolução:* permanece desde a entrada o mesmo conjunto sintomatico.

135. FLORIPES P., mestiça, 23 anos, solteira, natural do Estado do Rio; internada em 1930. *Hereditariedade:* Não ha informações fidedignas. *Estado somatico:* Leptosomica, desnutrida: reflexos patelares diminuidos; pupilares normais. *Sangue:* reação de W. – *Estado psiquico:* Autismo; humor irritavel, desconfiança, orgulho; idéas delirantes polimorfas. Erotismo acentuado. Maneirismo, estereotipias. Tem crises de excitação com impulsos agressivos. Alucinações auditivas diferenciadas. *Evolução:* O quadro atual coincide com o da anterior observação.

136. JOANA R., 24 anos, mestiça, casada, natural da Baía; internada em 1927. *Hereditariedade:* Informes omissos. *Estado somatico:* Leptosomica, desnutrida; reflexos patelares exaltados; pupilas anisocoricas, com bôa reação á luz. *Sangue:* reação de W. – *Estado psiquico:* Autismo; acentuado delirio mistico com idéas de grandeza, de negação e de influência, entremeado de alucinações auditivas e visuais. Desdobramento da personalidade. Pragmatismo ilogico; afetividade rija. *Evolução:* Quando foi internada não era delirante.

137. LUIZA B., 35 anos, mestiça, casada, natural de Minas Gerais; internada em 1930. *Hereditariedade:* Não se apuram psicopatias. *Estado somatico:* Leptosomica, exoftalmica, bem nutrida; reflexos patelares diminuidos; pupilas anisocoricas, preguiçosas á luz. *Sangue:* reação de W. – *Estado psiquico:* Autismo; maneirismo, neologismos. Interpretações delirantes baseadas em alucinações auditivas e de carater persecutorio unidas a idéas de grandeza. Irritabilidade a desconfiança. Pragmatismo pouco prejudicado; afetividade indiferente. *Evolução:* Ao entrar tinha identico quadro clínico.

138. HAROLDO V., 26 anos, branco, solteiro, natural de Minas Gerais; internado em 1929. *Hereditariedade:* In-formes omissos. *Estado somatico:* Leptosomico-atletico, bem nutrido; reflexos patelares e pupilares normais. *Estado psiquico:* Autismo; idéas delirantes de perseguição com interpretações baseadas em ilusões e alucinações visuais e auditivas. Salada de palavras; pragmatismo ilogico. *Evolução:* Não mudou o quadro desde a entrada.

139. MILTON C., 21 anos, branco, solteiro, natural da Capital Federal; internado em 1930. *Hereditariedade:* Não ha informes precisos. *Estado somatico:* Leptosomico-displasico, bem nutrido; reflexos patelares vivos; pupilas iguais, reagem bem á luz. *Estado psiquico:* Autismo; idéas delirantes de

grandeza e misticas, com tendéncia á, sistematização. Negativismo, risos imotivados. Atividade pragmatica elementar; afetividade pouco tocada. *Evolução:* Ao ser intemado, o quadro era da hebefrenia.

140. ALDINO M., 34 anos, negro, natural do Estado do Rio; internado em 1931. *Hereditariedade:* Pai alcoolatra e irmão alienado. *Estado somatico:* Atletico, bem nutrido reflexos patelares normais, pupilas iguais, com bôa reação á luz. *Estado psiquico:* Autismo; delirio de grandeza e de perseguição, com tendéncia á sistematização. Alucinações auditivas, neologismos, estereotipias da palavra. Pragmatismo dispersivo; afetividade diminuida. *Evolução:* A observação feita por ocasião da entrada coincide com a atual.

141. BASTIANA S., 29 anos, mestiça, solteira, natural do Maranhão; internada em 1929. *Hereditariedade:* Não se apuram psico ou neuropatias. *Estado somatico:* Leptosomico-displasica, bem nutrida; reflexos patelares e pupilares normais. *Sangue:* reação de W. – *Estado psiquico:* Autismo; delirio de grandeza, intenso, e aliado a idéas persecutorias. Transformação da personalidade. Desorientação auto e alopsiquica. Alucinações visuais e auditivas diferenciadas. Pragmatismo ilogico; afetividade rija. *Evolução:* Quando foi internada apresentava o mesmo feitio clínico.

142. ANTONIO F., 22 anos, solteiro, natural de S. Paulo; internado em 1931. *Hereditariedade:* Imperfeitamente registrada. *Estado somatico:* Atletico-displasico, bem nutrido; reflexos tendineos normais; pupilas iguais, com bôa reação foto-motora. *Estado psiquico:* Autismo; orgulho; idéas de grandeza e de perseguição, com certa sistematização. Alucinações auditivas, diferenciadas, entretendo idéas delirantes. Pragmatismo dispersivo; afetividade unilateral. *Evolução:* A observação de entrada confirma o quadro atual.

143. SALVIANO A., 22 anos, branco, solteiro, de naturalidade ignorada; internado em 1931. *Hereditariedade:* Informes precarios. *Estado somatico:* Leptosomico, desnutrido; reflexos patelares e pupilares normais. *Estado psiquico:* Autismo; sindrome paranoide franca, com delirio de grandeza e delirio mistico, coordenados e acompanhados de alucinações visuais e auditivas. Pragmatismo rudimentar; afetividade embotada. *Evolução:* Nada ha a acrescentar a observação feita quando da internação.

144. IZABEL C., 48 nos, mestiça, casada, de naturalidade ignorada; internada em 1930. *Hereditariedade:* Informes omissos. *Estado somatico:* Leptosomica, bem nutrida;

reflexos patelares normais; pupilas iguais, com perfeito reflexo foto-motor. *Sangue:* reação de W. – *Estado psiquico:* Dissociada; delirante. Desorientação auto e alo-psiquica. Delirios de grandeza, influéncia e de perseguição, acompanhados de alucinações visuais, auditivas e cenestesicas. Neologismos, fabulação, falsos reconhecimentos. Pragmatismo dispersivo; rigidez afetiva. *Evolução:* O quadro á entrada era identico ao atual.

145. LUCINDA M., 33 anos, mestiça, solteira, natural de Minas Gerais, internada em 1928. *Hereditariedade:* Informes precarios. *Estado somatico:* Displasico-atleta, bem nutrida; reflexos patelares e pupilares normais. *Estado psiquico:* Autismo; delirios de grandeza, de perseguição e de imaginação. Tem alucinações cenestesicas. Iniciativa diminuida; afetividade unilateral. *Evolução:* A' entrada apresentava o quadro da hebefrenia.

146. MARIA C., 50 anos, mestiça, casada, natural do Ceará; internada em 1929. *Hereditariedade :* Não se apuram psico ou neuropatias. *Estado somatico :* Leptosomico-displasica; reflexos patelares e pupilares normais. *Estado psiquico* Autismo; risos imotivados, soliloquios, salada de palavras. Idéas delirantes bem encadeadas de transformação e de grandeza. Desorientação auto e alo-psiquica. Afetividade paradoxal; iniciativa rudimentar. *Evolução:* Quando foi internada apresentava identico quadro mental.

147. PERPETUAL., 49 anos, branca, solteira, natural de S. Paulo; internada em 1915. *Hereditariedade:* Irmã psicopata. *Estado somatico:* Picnico-displasica, desnutrida; reflexos tendineos diminuidos. Ao exame ocular revela anexos: normais; globo: segmento anterior: normal; posterior: palidez da papila sobretudo em O. E.; irregularidade da papila em A. O.; reflexo luminoso, normal. *Sangue e liquor:* reação de W. – *Estado psiquico:* Abundantes idéas de grandeza tendentes á sistematização. Associação extravagante de idéas. Alucinações auditivas e cenestesicas. Neologismos. Afetividade embotada e pragmatismo diminuido. *Evolução:* Iniciou a doença com o quadro paranoico. 0 professor Esposel, então assistente no Hospital Nacional, observando esta enferma á entrada, assim se expressa:"Tem idéas delirantes sistematizadas em torno de investigações grandiosas, tendentes a colocar sua personalidade em fóco no sentido de grande perspicacia, de belos dotes literarios, de extraordinarios trabalhos policiais".

ESTATISTICA

Dentre 970 doentes brasileiros, ora intemados nas grandes secções do Hospital Nacional e no Instituto de Psicopatologia, encontramos 147 esquizofrenicos. Sôbre êste material efetuamos investigações; inventariamos a idade, o sexo, a raça e a fórma da doença. Procedemos, enfim, alguns cálculos estatisticos.

Assim, de conformidade com a casuistica que apresentamos, podemos verificar que os nossos observados adoecem:

NA IDADE DE	HOMENS		MULHERES		TOTAL		
	no.	%	no.	%	no.	%	
— — 15 anos	2	2.77	1	1.33	3	2.04	21.76
16 — 20 »	16	22.22	13	17.33	29	19.72	
21 — 25 »	20	27.77	19	25.33	39	26.53	
26 — 30 «	15	20.83	15	20.00	30	20.40	63.25
31 — 35 »	9	12.50	15	20.00	24	16.32	
36 — 40 »	6	8.33	5	6.66	11	7.48	14.96
41 — + »	4	5.55	7	9.33	11	7.48	
Soma	72	100.00	75	100.00	147	100.00	

Êste quadro denuncia como ácme do perigo de adoecer o periodo entre 21 a 25 anos, o que graficamente representa com muita clareza (fig. 1).

Nos casos supranumerados, sobretudo tardios, alguns ha em que não foi possivel bem precisar a idade de aparecimento da esquizose. Destarte, sempre procurando aproximar da certeza, tomamos como data de invasão do processo o ano que precede imediatamente á internação. Tal procedimento póde oferecer maior latitude ao periodo eruptivo, tornando a catastrofe esquizofrenica mais remissa do que realmente o é, porquanto, momento de intenação e manifestar de doença jámais coincidem ou guardam esta rigorosa sequencia logica.

Consignemos duas palavras referentes ás fórmas etiologicas. Segundo a época de seu aparecimento, a esquizo-

fig.1. Diagrama de invasão da esquizofrenia
segundo a idade e o sexo

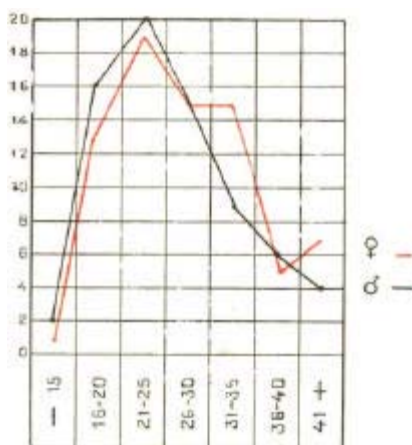
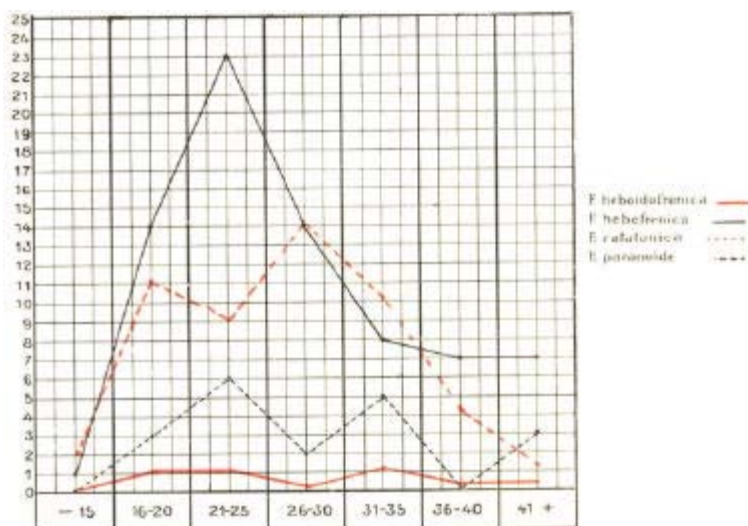



Fig. 2. Diagrama das fórmas clinicas em relação a idade

frenia é discriminada pela cronologia classica em quatro variedades psicosicas, a saber:

I. *Esquizofrenia infantil.* – Manifesta-se geralmente de oito a 12 anos ou mais cedo. Mereceu acurados estudos de autores italianos. SANCTE DE SANCTIS, sob a qualificação de *demencia precocissima,* legou á literatura obra mui interessante.

II. *Esquizofrenia da puberdade.* – Apresenta-se de 12 a 20 anos. Marca a fase crítica do desenvolvimento da libido e despertar da sexualidade. Registamos nesta fórma 21.76% de nossos doentes.

III. *Esquizofrenia dita juvenil.* – Mostra-se de 20 a 35 anos. Enquadra-se nesta variedade mais de 60 % ou, exatamente, 63 ¼ % dos cases observados e que figuram neste ensaio de revisão.

IV. *Esquizofrenia tardia.* – Aparece depois de 35 anos. Compreendem-se nesta rubríca 22 casos de nossa estatistica – 11 de 36 a 40 e 11 com mais de 40 anos – que, em cifras exatas, dão 14,96 %.

Não obstante entender CONSTANZA PASCAL que se trata de recaídas que se manifestam após remissões mais ou menos longas, autores ha que pensam diversamente e assinalam a frequencia de tal manifestação retardataria, realmente fórmas outoniças. URSTEIN *(Spätpsychosen katatoner Art,* 1913) reuniu, em sua *Spätkatationie, 2* ½ % dos homens e 9 1/4 % das mulheres que, exibindo quadro esquizofrenico, adoeceram depois de 40 anos. Nós outros, nesta idade assás avançada, em 147 esquizofrenicos, registamos 11 observações referentes a quatro homens e sete mulheres. O sexo feminimo mantem sensivel maioria. Alusivo a isso, escreveu CONSTANZA PASCAL: "As fórmas tardias são mais frequentes nas mulheres por causa da puerperalidade e da menopause que têm influência nas recaídas; estes fenomenos reacendem os fócos extintos ou dormentes." Em geral, é, contudo, pouco comum o aparecimento da doença em idade provecta, pois ao passar de 40 anos rareiam cada vez mais as incidencias do mal, as quais, de regra, não surgem após o quinto decenio da vida. Codificamos apenas tres observações em que a esquizofrenia fez erupção em tórno desta idade, duas mulheres e um homem, verdadeiras fórmas outoniças, se é que não foram remitentes. Mas, ainda assim, o acêrto do parecer de KRAEPELIN se patenteia: *dem Klimakterium diirfte demnach eine gerwisse Bedeutung zukommen.*

Especificadamente, tomando em consideração tambem o sexo, comportam-se as fórmas clinicas em relação á idade, conforme esta

TABELA DEMONSTRATIVA DO PERIODO DE INVASÃO

FORMA	— A 15 ANOS		16 A 20 ANOS		21 A 25 ANOS		26 A 30 ANOS		31 A 35 ANOS		36 A 40 ANOS		41 A + ANOS		TOTAL	
	♂	♀	♂	♀	♂	♀	♂	♀	♂	♀	♂	♀	♂	♀	♂	♀
Heboidofrenica.	—	—	—	1	—	1	—	—	—	1	—	—	—	—	—	3
Hebefrenica....	—	1	7	7	12	11	6	8	2	6	4	3	3	4	34	40
Catatonica.....	-2	—	7	4	6	3	9	5	5	5	2	2	—	1	31	20
Paranoide......	—	—	2	1	2	4	—	2	2	3	—	—	1	2	7	12
Soma.....	2	1	16	13	20	19	15	15	9	15	6	5	4	7	72	75
	3		29		39		30		24		11		11		147	

Esta tabela melhormente se elucida num diagrama (fig. 2).

Computando todos os casos nas respectivas fórmas clínicas e anotando, separadamente, os sexos, temos

NA FORMA	HOMENS		MULHERES		TOTAL	
	no.	%	no.	%	no.	%
Heboidofrenica.....................	—	—	3	4,00	3	2,04
Hebefrenica.........................	34	47,22	40	53,33	74	50,34
Catatonica..........................	31	43,05	20	26,66	51	34,69
Paranoide...........................	7	9,72	12	16,00	19	12,92
Soma..................	72	100,00	75	100,00	147	100,00

Este quadro que vai representando em diagrama (fig. 3,), realça a notavel preferencia da catatonia para o sexo masculino.

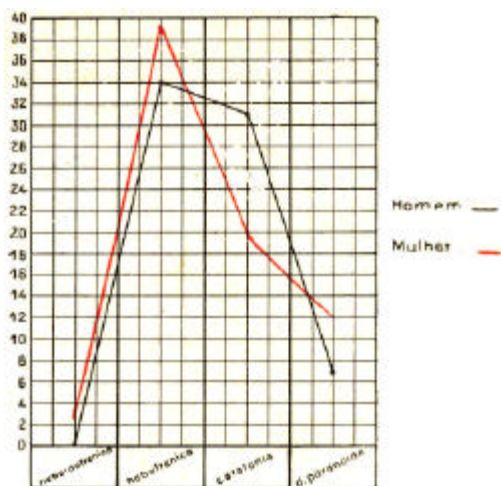



fig. 3. Diagrama da relação entre as formas clínicas e os sexos

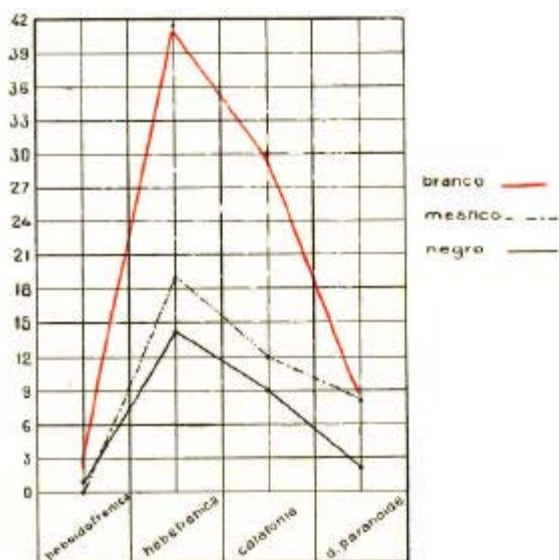



Fig. 4. Diagrama das formas clínicas segundo os tipos étnicos

Dado o interesse do fator racial, exaramos sinoticamente a contribuição das principais raças para cada fórma clínica, como vêmos na seguinte

TABELA DISCRIMINATIVA DOS TIPOS ETNICOS

RAÇA	HEBOIDO-FRENIA		HEBEFRE-NIA		CATATO-NIA		DEMENCIA PARANOIDE		TODAS AS FORMAS	
	no.	%	no.	%	no.	%	no.	%	no.	%
Branca................	2	2.44	41	50.00	30	36.58	9	10.97	82	55.78
"Mestiça".............	—	—	19	48.71	12	30.77	8	20.51	39	26.53
Negra.................	1	3.84	14	53.85	9	34.61	2	7.69	26	17.68
Total..........	3	2.04	74	50.34	51	34.70	19	12.90	147	100.00

Na tabela supra vêmos que o negro é sobretudo hebefrenico e o mestiço, paranoide; mas, de modo geral, a fórma mais frequente para todos os tipos etnicos é a hebefrenia (fig. 4).

Nesta explanação etnografica entram em consideração contingentes oriundos das raças branca e negra e bem assim do cruzamento entre estas e destas com raças indigenas, isto é, mestiços, que, aliás, são em sua maioria mulatos.

Importa dizer que consideramos negros os tipos etnicos cujos caracteres antropologicos justificam tal designação, e, outrosim, que caboclos autenticos não foram encontrados, nem tão pouco mamelucos ou cafusos. Preferimos neste particular o esquema de JULIANO MOREIRA á, classificação de NINA RODRIGUES, que, hontem, de incontestável merito, está hoje relegada ao passado historico de nossa formação.

COMENTARIOS

"O Brasil, escreve RENATO KEHL, representa um grande e completo laboratorio no qual se fundem varias raças: branca, indigena e preta. Cada uma destas apresenta muitas "variedades", algumas bem diferenciadas. O proprio "tipo" negro, que geralmente se considera unico, não é somatica e psiquicamente homogeneo. Dessa mistura etnica surgiu uma miscelanea racial, de tal fórma confusa, que só com

o tempo, se poderá saber o resultado final. Tomando por base as fichas antropologicas organizadas por médicos militares, dos individuos examinados para o serviço militar, calcula-se que existem 39 % de brancos, 50 % de mestiços, 10 % de pretos e 1 % de caboclos (indios) constituindo a massa de nossa população.

Os brancos predominam nos Estados do sul, os mestiços nos do norte, certo número de caboclos no Amazonas, Sergipe, Alagôas e grande número de pretos nos Estados da Baía, Sergipe, Rio de Janeiro, Minas Gerais e Piauí.

Devido á diminuição progressiva dos indios e dos negros, que vão desaparecendo, pêla morte e pêlo cruzamento, dentro de mais alguns decenios serão raros esses elementos etnicos em estado de pureza. A preponderancia do elemento branco torna-se dia a dia mais evidente, graças á imigração cada vez maior de individuos dessa côr (portuguêses, italianos, alemães e polacos). Em consequencia do desaparecimento gradual, pêla morte, de grande número de mulatos e caboclos, sobretudo de mulatos que são muito sacrificados pêla tuberculose, e pêlo cruzamento com individuos brancos, a população brasileira modifica-se rapidamente, tomando aspecto acentuadamente europeu."

OLIVEIRA VIANA, traçando o perfil psicologico de mulatos e mamelucos, apresenta-os como quasi todos moralmente incoordenados e incoerentes, faltando-lhes "esse senso de continuidade, essa energia do querer, essa pertinacia da vontade, essa capacidade de espera, todas essas fortes qualidades, que denunciam as naturezas inteiriças, fundidas num só bloco, coésas, infrangiveis, monoliticas. E' quabradiça a sua conduta, zig-zagueiante, irregular, descontinua e imprevista."

RENATO KEHL, que se manifesta otimista sôbre o futuro etnico de nossa patria, transcreve no seu artigo "Questões de raças", publicado no *Boletim de Eugenia,* junho, 1929, o seguinte trecho de PAULO PRADO, em "Retrato do Brasil": "O mestiço brasileiro tem fornecido indubitavelmente á comunidade exemplares notaveis de inteligencia, de cultura, de valor moral. Por outro lado, as populações oferecem tal fraqueza física, organismos tão indefesos contra a doença e os vicios, que é uma interrogação natural indagar si esse estado de coisas não provém do intenso cruzamento das raças e sub-raças. Na sua complexidade, o problema estadosunidense não tem solução, dizem os cientistas americanos, a não ser que se recorra á esterilização do negro. No Brasil si ha mal, este está feito, irremediavelmente; esperemos,

na lentidão do processo cosmico, a decifração do enigma com a serenidade dos experimentadores de laboratorio. Bastarão cinco a seis gerações para estar concluida a experiencia."

ROQUETE PINTO, apreciando os interessantes aspectos antropogeograficos do Brasil, imagina uma carta da população atual que mostraria tres zonas mais ou menos nitidas, cada qual correspondente a uma das raças fundamentais aqui reunidas. A primeira, diz o autor, marcha irregular, delimitando a *zona do caboclo,* cobre Mato Grosso, Amazonas, Pará, norte de Goiaz e os Estados do nordeste até as vizinhanças da fóz do S. Francisco, Pernambuco, Alagôas, Sergipe, Baía, Minas, sul de Goiaz, Espirito Santo, Rio de Janeiro, norte de S. Paulo, formam a *zona de influência africana.* A fita litoranea e os Estados do sul, a partir da Capital da República, constituem a *zona de influência europea.*

Evidentemente, é preciso dar a essas denominações uma significação relativa... E, accrescenta: "Os números sensitarios, embora incompletos e precarios, de que se póde dispôr para esses estudos concordam com a observação de quem viaja pêlo interior do país. Nota-se desde logo que a distribuição dos afro-americanos se faz na porção de territorio em que a população é mais densa, dando a impressão geral de sua predominancia no país todo, o que não é real."

A raça branca está representada por quasi todos os povos da Europa, com predominancia notavel do elemento latino-iberico, português e espanhol, além de italiano, francês, anglo-saxonio e germanico, etc., inglês, holandês, alemão, etc.

A raça negra existente no Brasil procede de povos litoraneos da Africa, sobretudo portuguêsa, e é bem homogenea, intelectualmente desenvolvida, com apreciaveis dotes afetivos. Acha-se em franco declinio por via da absorção rapida que se vai operando, graças ás correntes imigratorias européas, mui principalmente a lusitana. Em 1872, formava cêrca de 16 % da nossa população global; em 1890, já descia a 12 %; em 1912, deveria andar por 9 %; enquanto os brancos, de 38 % em 1872, subiam a 44 % em 1890 e cêrca de 50 % em 1912 (ROQUETE PINTO). Comparando estes fatos com a evolução do elemento africo noutro país do continente, verificamos, por exemplo, que os Estados Unidos possuiam, em 1900, 11,6 % de negros; em 1910, essa percentagem quasi não se alterou, descendo apenas a 10,7 %. Isso prova á saciedade que a população de origem africana, graças, de certo, á inexistencia do preconceito das castas, vai sendo rapidamente obsorvida pelos cruzamentos felizes que se efe-

tuam para gaudio da eugenia. O número bastante consideravel de negros que encerra a nossa casuistica encontra facil explicação não só no fato aceitavel de predisposições individuais, como tambem nest'outro da proximidade dos Estados em que o trafico de escravos africanos teve, no regime colonial e do primeiro Imperio, a sua maxima atividade e que, por conseguinte, conservam ainda não assimilada á atual população a maioria da gente preta remanecente daquela época.

Outras raças, como a amarela, asiaticas ou autoctones, não têm extremes representantes em nossa casuistica. O aborigene sul-americano cisandino, gentio de duas principais raças mui diversas, que certamente contribuiu para formação do tipo etnico nacional – respectivamente, no litoral, os tupis, e para o centro, as nações heterogeneas dos tapuias – hoje tende a desaparecer com o advento da civilização. As tribus selvicolas, que, todavia, ainda vivem nas florestas do interior do país, só excepcionalmente oferecem casos de alienação aos serviços psiquiatricos. Em comunicação que um de nós levou, em 1927, á *Sociedade Brasileira de Psiquiatria,* sob a epigrafe "Psicoses nos selvagens", sustentamos que o selvagem autoctone, através da literatura e de informes de nossos cronistas, é antes ciclotimico e só por exceção esquizotimico, e, para corroborar o acêrto dessa afirmativa, louvamo-nos em argumentos historicos e psicologicos, apresentando por final um caso de psicose maniaco-depressiva em mulher de raça tapuia da tribu dos indios corôados. Admitido êste conceito, posto que ponderoso o elemento fornecido pelas primitivas raças brasilicas, sua contribuição certamente não se faria sentir na esfera dos processos esquizofrenicos.

Os doentes incluidos no presente estudo, afóra 35 cuja naturalidade não se apurou, procederam, respetivamente, do Distrito Federal, 26 (19 brancos, 5 mestiços e dois negros); de Minas Gerais, 27 (14 brancos, 5 mestiços e 8 negros); do Estado do Rio, 23 (9 brancos, seis mestiços e 8 negros); S. Paulo, 11 (9 brancos e dois mestiços); Alagôas, 5 (4 brancos e 1 mestiço); Sergipe, 4 (3 brancos e 1 mestiço): Pernambuco, 3 (1 branco e 2 negros); Baía, 3 (2 mestiços e 1 negro); Espirito Santo, 2 (1 branco e 1 negro); Ceará, 2 (1 branco e 1 mestiço); Pará, 2 (1 branco e 1 mestiço); Maranhão, 1 (mestiço); Paraíba, 1 (branco); Rio Grande do Norte, 1 (branco) e Rio Grande do Sul, 1 (branco), donde são naturais.

CONCLUSÃO

A frequencia da esquizofrenia no material que vimos de revisar (970 doentes), tem as suas cifras globais representadas em numeros brutos na relação 147:970, ou seja cêrca de 15 % da população manicomial. Neste computo figuram tão sómente brasileiros natos, originarios dos diversos Estados e zonas climaticas da República.

Assistindo o nosso Hospital de Psicopatas a insanos de todas as camadas sociais e procedencias, pensamos visar, como de fato visamos neste trabalho, o estudo da esquizofrenia exclusivamente em doentes nacidos e criados no país, sem distinção de classe ou nivel cultural, mas tomando em especial consideração os varios tipos etnicos.

Tem, pois, o presente ensaio a pretenção de servir de base a futuras investigações atinentes á evolução do processo esquizofrenico nos habitantes naturais dos tropicos. Não ha nestes, contudo, particularidades de alta monta que passassem despercebidas á argucia psiquiatrica de JULIANO MOREIRA. "Todo individuo que adoece da mente, nas zonas tropicais ou frias, constróe suas idéas delirantes com o cabedal intelectual e etico que a educação e a instrução lhe deram. Sucede, por exemplo, que pacientes da melhor sociedade mostram ás vezes evidente esteriorização pornologica. Ora, isto não é mais do que o resalto de uma impressão que permaneceu recalcada, de uma curta ou demorada relação com gente mal educada. O mesmo ocorre com outras tantas particularidades psicologicas que habitualmente são atribuidas á raça e que são apenas aquisições meso-sociais que em mais ou menos tempo são transmitidas por gente de uma outra raça ou de outro povo." (JULIANO MOREIRA, "Algo sôbre doenças nervosas e mentais no Brasil", *Rev. Méd. Germano-ibero-americana,* n. 7, de 1929).

Mas, ainda assim, admitida, aliás, sem ser postulada a inexistencia de particularidades etnopsiquiatricas, o nosso criterio, que está sempre perquirindo as eventualidades intrinsecas do processo esquizofrenico, tem, sobretudo, como primordial objetivo, estudar a evolução dos casos desta doença segundo as suas preferencias na exteriorização clínica.

———«*»———

Assistencia hetero-familiar na Colonia de Psicopatas (mulheres) no Engenho de Dentro

LELO

DR. GUSTAVO AUGUSTO DE REZENDE

A assistencia familiar é o tratamento dos insanos na propria familia, ou em familias estranhas. Pode, portanto, ser homo ou hetero-familiar.

A assistencia homo familiar conviria, segundo Féré, aos debeis não educaveis e aos dementes, acrescentando, porém, esse autor que, na opinião de Tamburini, a assistencia na familia dos doentes não logrou exito na Italia.

A assistencia nas familias estranhas, educadas especialmente pelos psiquiatras, estabelecidas na periferia de um manicomio, constitue uma obra de higiene de grande alcance, pois não só atenua a sorte dos psicopatas, mas tambem forma uma transição entre a cura e a volta á sociedade.

A vida normal só pode ser retomada, depois que forem estimuladas a atividade e a afetividade dos convalecentes, que deverão aprender a tecnica de agir, o treino dos automatismos, a dosagem dos esforços, a descoberta de valores por demonstração desses valores ou por influência do interesse afetivo para o objetivo da ação, o que exige da parte da familia conhecimentos especiais, que lhe serão ministrados pelos psiquiatras.

Deverão ser preferidas, pois, enfermeiras do estabelecimento onde se acham internados tais doentes. Pelos ensinamentos que receberam, e pêlo trato frequente com os insanos adquiriram a prática de tratá-los, além da paciencia, da abnegação, do carinho, que se habituaram a dispensar-lhes.

Essas pessoas encarregadas do tratamento dos psicopatas devem residir na periferia do manicomio, por isso que as doenças intercurrentes acarretam disturbios tambem no psiquismo, que podem exigir nova internação. Factores diversos, como emoções etc., influem diretamente no estado mental determinando, ás vezes, recaídas.

Razões outras justificam a localisação da assistencia nas proximidades do hospital de alienados e entre elas a facilidade de vigilancia, médica e administrativa, a tranquilidade das pessoas encarregadas dos doentes, que sabem ter ao seu alcance todos os recursos de que possam precisar.

Tratando-se de convalecentes temos em apôio das nossas asserções as seguintes palavras de Kraepelin:

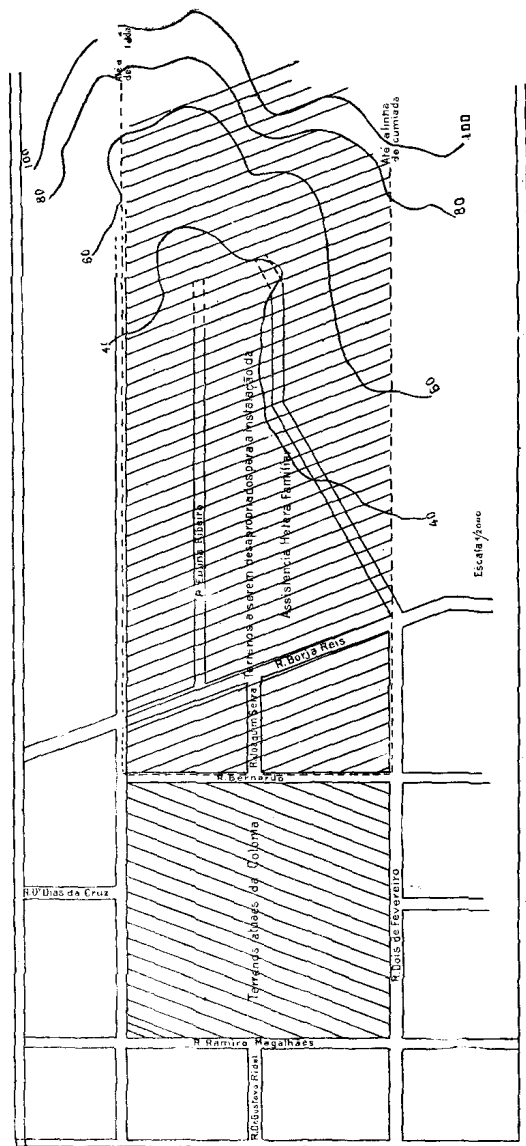
> "Aos esquisofrenicos e principalmente aos maniacos depressivos deve ser concedido um largo espaço de tempo, durante o qual evitando esforços têm ocasião de se habituar sucessivamente ao mundo ambiente e á atividade.
>
> Toda a alta do estabelecimento é a título de ensaio e, só depois de alguns mezes, definitiva, afim de facilitar a reinternação no caso de peiora".

A assistencia familiar na Alemanha está anexa aos grandes estabelecimentos e sob sua vigilancia. Em Uchtspring, tais doentes são entregues ás familias de enfermeiros.

Na Inglaterra, ha tambem colonias anexas a estabelecimentos fechados em que os doentes ficam sob os cuidados de familias de lavradores.

Na Belgica, desde o século VII, na localidade de Gheel, os habitantes, na sua maior parte, são enfermeiros de alienados e, em 1884 foi inaugurada outra colonia em Lierneux.

O tratamento familiar estendeu-se á Holanda, Russia, França etc. Uma outra prova da necessidade da assistencia familiar ser anexa ao estabelecimento fechado nos dá Féré quando diz:

> "A necessidade que se impoz de instalar em Lierneux como em Gheel, uma enfermaria destinada a receber os alienados agitados ou doentes estabelece uma aproximação entre as colonias anexas e um asilo fechado e mostra bem que o sistema colonial não pode constituir um modo exclusivo de assistencia de alienados".

Planta dos terrenos a desapropriar para o desenvolvimento dos serviços de assistencia familiar

R. F. Sano (de Gheel) em seu relatorio de 1924 no Congresso de Bruxellas insiste na importancia da adaptação do doente mental ao seu meio, especialmente no ponto de vista da assistencia familiar.

No Brasil, o notavel psiquiatra patricio Dr. Franco da Rocha inaugurou, em 14 de abril de 1908, em S. Paulo, a primeira assistencia familiar da America do Sul.

Na capital da República, a creação do tratamento familiar foi autorisado pêlo decreto n. 8.834 de 11 de julho de 1911 e, pêla lei n. 3.991 de 5 de janeiro de 1920, tiveram inicio os serviços da assistencia hetero-familiar anexa á Colonia de Alienadas no Engenho de Dentro.

A realisação desse grande empreendimento foi devida exclusivamente á iniciativa do Diretor dessa Colonia, que tendo sido fundador da Liga de Higiene Mental, culminou seu objetivo de profilaxia mental com a creação dêsse serviço de inestimavel valor. Foi adotado o sistema de Uchtspring, porém de maior extensão.

A assistencia hetero-familiar assim constituida tem por fim o tratamento das alienadas da Colonia do Engenho de Dentro, que puderem ser segregadas da habitação em comum para ser confiadas aos cuidados das familias de empregados do estabelecimento.

A area disponivel da colonia é ocupada por construções destinadas a esse genero de tratamento e pouco a pouco estão sendo adquiridos terrenos situados em continuação á face posterior do estabelecimento, de modo a ser creada em futuro proximo a colonia familiar com ruas e praças onde serão edificados "bungalows" e uma escola para educação dos retardados.

Já estão construidos onze pavilhões habitados por familias de enfermeiras com a obrigação de cuidarem de duas doentes escolhidas pêlo psiquiatra encarregado dêsse serviço.

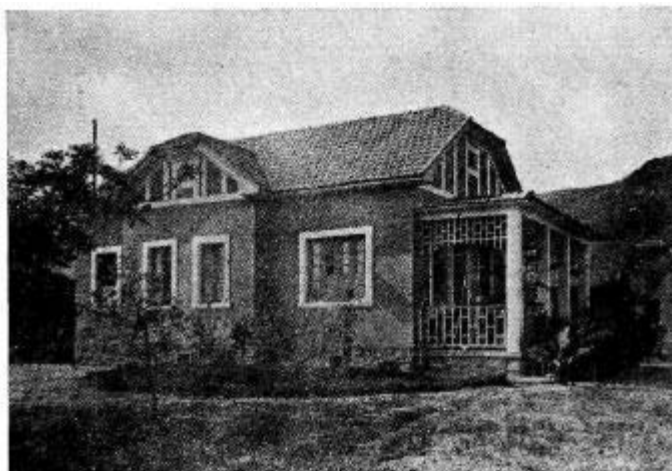
Essas enfermeiras habitarão gratuitamente essas casas, e sem despesas com as doentes que lhe são confiadas. O alienista designado para dirigir a assistencia hetero-familiar dá instruções aos nutricios sobre a maneira de cuidar das doentes e exerce uma fiscalisação rigorosa quanto ao cumprimento das ordens expedidas, além do exame mental e direto das pacientes que se acham na assistencia, mensalmente e em qualquer ocasião que julgar oportuno.

Uma enfermeira ao serviço do alienista estará em constante comunicação com as encarregadas das doentes e informará ao médico qualquer ocurrencia que necessite de sua intervenção. Uma moral rigorosa, disciplina, asseio e interesse pêlas doentes são os requisitos exigidos ás enfermeiras, que têm doentes sob a sua guarda.

Em cada pavilhão, um quarto com dois leitos e um pequeno lavabo é destinado ás duas doentes, que ahi vão residir. As doentes recebem uma alimentação apropriada e são dirigidas nos serviços que lhes couberem, conforme as suas aptidões.

Evitar a fadiga e proporcionar-lhes o repouso devido especialmente quanto as horas de somno, incutir-lhes no espirito as medidas de higiene imprescendiveis devem ser a preocupação constante da enfermeira. Abstenção de quaisquer bebidas alcoolicas e a pratica de bons costumes estão no primeiro plano das condições impostas ao nutricio. Para observar quais as doentes que podem tirar proveito do tratamento familiar em nosso meio, foram admitidas muitas variedades de doenças mentais, conforme demonstra a estatistica que apresentamos.

DIAGNOSTICO	COM ALTA CURADAS	MELHORADAS AINDA NA HETERO	MELHORADAS LICENCIADAS	NÃO SE ADAPTARAM	TOTAL DE DOENTES
Psicose maniaco depressiva	—	6	1	12	19
Esquisofrenia	1	1	1	10	13
Parafrenia	—	2	—	2	4
Oligofrenia	—	9	1	16	26
Psicose alcoolica	—	3	2	1	6
Psicose toxi-infectuosa	1	—	—	2	3
Estados atipicos de degeneração	—	—	—	2	2
Epilepsia	—	—	—	3	3
Histeria	—	—	—	2	2
Sifilis cerebral	—	—	—	1	1
Paralisia cerebral infantil	—	—	—	1	1
Meningo encefalite cronica	—	1	—	1	2
	—	—	—	—	82

Secção de assistencia hetero-familiar

Typo de "bungalow" da assistencia hetero-familiar

Cumpre lembrar que nosso serviço de assistencia hetero familiar está sendo estabelecido com muito vagar, apesar dos ingentes esforços do Dr. Gustavo Riedel que é, sem favor, um dos psiquiatras brasileiros de maior iniciativa.

Até hoje os poderes publicos ainda não voltaram a sua atenção devidamente para o problema de assistencia aos psicopatas. Para a creação do serviço da assistencia hetero familiar, por exemplo, foi preciso que o Dr. Riedel sugerisse a idéa de um imposto cuja renda fôsse aplicada ao custeio do serviço. Ainda assim lhe coube uma quantia reduzida que só permitirá a realização completa do plano traçado no fim de muitos annos. Por esse motivo, poucos pavilhões são construidos cada ano, de modo que, até hoje, só foram construidos onze pavilhões além de cinco predios adquiridos a particulares.

Penso que essa explicação prévia justifica que, durante todo esse tempo decorrido, somente oitenta e dois doentes tenham recebido o tratamento familiar.

Os esquisofrenicos, os oligofrenicos e os ciclotimicos, fornecendo ás colonias maiores contingentes, foram observados em maior número.

Pêla estatistica se verifica que a assistencia hetero familiar prestou reais serviços e nos permitiu a conclusão de que dia virá em que o psicopata será tratado, não sómente conforme o diagnostico que traz mas tambem de acôrdo com a personalidade de cada um. A observação, que fizemos, nos levou á convicção do valor da biotipologia no tratamento das psicopatias.

Um esquisofrenico de forma catatonica, admitido na hetero familiar, apresenta hoje tal modificação no seu estado mental e geral que nos permite considerá-lo curado.

Entretanto, muitos casos de esquisofrenia, embora com a aparencia de convalecencia, não foram passiveis de adaptação ao meio. Alguns esquisofrenicos melhoraram muito.

Muitos oligofrenicos se tornam uteis e poderiam ingressar novamente no meio social.

Os ciclotimicos, principalmente de forma maniaca, dão um grande coeficiente de resultados satisfatorios. Muitos deles recusaram a assistencia hetero familiar, alegando que de graça, trabalhariam em casa.

Os delirantes encontram aí uma grande derivação para os seus delirios. Um deles por mim interrogado sôbre as suas idéas delirantes respondeu que na colonia poderia

manter essas ideas, mas ali não, porque era uma casa de familia.

A instabilidade dos doentes com diagnostico de estado atipico de degeneração, a preocupação com a doença e a insaciabilidade dos epileticos são obstaculos ao seu aproveitamento na hetero familiar.

Os alcoolistas, que, durante algum tempo, viveram segregados no hospital fechado, melhoram consideravelmente com esse tratamento e fazem crer na possibilidade da cura em semelhante meio.

Talvez pareçam demais otimistas as minhas conclusões, mas as condições em que pude observar, são de tal ordem que use arraigou no meu espirito a convicção de que elas serão demonstradas futuramente.

ZUSAMENFASSUNG

Der Verfasser berichtet von der familiären Verpflegung von Irren unter artzlicher Aufsicht in Rio de Janeiro.

Die Kranken werden dabei in Warterfamilien ohne Entgelt untergebracht Diese Familienpflege dient als Uebergang in die volle Freiheit and als eine eigenartige Form der dauernden Irrenversorgung. Franco da Rocha in S. Paulo (1908) and Gustavo Riedel in Rio de Janeiro (1920) haben sich auf diesem Gebiet in Brasilien die grössten Verdienste erworben.

Die Schizophrenen, Manisch-depressiven, Oligophrennischen, Alcoholisten in Familienpflege überraschende Besserungen erfahren.

Der Verfasser hofft dass es uns in Zukunft gelingen könne, die Behandlung von Irren nach ihrem Biotypus vorzunehmen.

RÉSUMÉ

L'assistance hétero familiale au Brésil a été créée par le prof. Franco da Rocha à S. Paulo en 1908 et par le Prof. Gustavo Riedel à Rio en 1920.

Riedel a fondé une colonie familiale annexée à la "Colonia de Psicopatas Mulheres no Engenho de Dentro".

J'ai pu observer 82 malades traitées dans I'assistance hétéro familiale à Engenho de Dentro et je suis arrivé à la conclusion suivante:

Les schisophréniques, les cyclothymiques, les oligophréniques et les alcoolistes sont susceptibles d'amélioration avec le traitemant familial e et dans un avenir prochain nous serons à même de faire le traitemgnt des psychopathes selon leur biotype.

————«*»————

PARKINSONISMO E TRAUMATISMO

PELO

DR. J. V. COLARES

O problema das relações causais acaso existentes entre a sindrome de Parkinson e o traumatismo, formulado, como é sabido, pelos autores classicos, tem sido amplamente renovado nos ultimos tempos. Entre aqueles autores, notadamente focalizaram o fator traumatico, no determinismo da sindrome em apreço, WESTPHAL, CHARCOT e JOLLY. Mais tarde, novos casos da mesma sindrome foram registados por SINKLER, HERDTMANN e LIMOW, coma determinados pela ação de traumatismos diversos. RUHFMANN publicou largo trabalho obre a debatida questão, assinalando que em um quinto dos parkinsonianos hospitalizados no *Charité* de Berlim apurara a genese traumatica.

DEJERINE, em sua *Semiologia,* limita-se a referir que, na paralisia agitante, "o tremor póde aparecer subitamente após um traumatismo". GOWERS outrosim referiu casos de parkinsonismo traumatico. K. MENDEL reuniu, em 1911, 12 casos desta especie.

Recentemente vêm se ameudando na literatura neurologica francêsa, alemã e escandinava os casos de sindrome parkinsoniana registados como de origem traumatica. Entre outros, merecem citação os de CROUZON, J. A. BARRE, D. PAULIAN, H. W. MEIER, F. LOTMAR, AKE BARKMAN, MARCEL FAURE-BEAULIEU e G. DESBUQUOIS. Na segunda Conferencia Latino-Americana de Neurologia, realizada no Rio de Janeiro, em 1930, HERNANDEZ RAMIREZ apresentou trabalho sobre o mesmo problema.

A proposito desses e outros casos similares as opiniões emitidas pelos autores divergem bastante. Ha os que sus-

tentam decididamente a inclusão do traumatismo entre os Fatores etiologicos da sindrome de Parkinson (CROUZON-BAIRRE'...). O primeiro destes neurologistas, em trabalho de colaboração com JUSTIN-BENSANÇON, opina que existe uma paralisia agitante traumatica assim como ha uma epilepsia traumatica. SOUQUES é de parecer que, em principio, não se póde rejeitar essa hipotese, admitindo a possibilidade do traumatismo craniano, determinar lesões focais nas regiões que, alteradas, acarretam o parkinsonismo. Conclue, porém, esse autor que a origem traumatica, se existe neste particular, deve ser excepcional e dificil de estabelecer. Ha os que contestam formalmente a realidade do fator traumatico no determinismo da sindrome parkinsoniana (LHERMITTE, ROUSSY, TINEL, SCHAEFFER...) e acordam em que, nos casos de parkinsonismo aparentemente traumatico, no maximo é licito supor a revelação clinica ocasional, sob a ixfluencia traumatica, de afecção pre-existente. O traumatismo apressaria ou precipitaria a evolução do parkinsonismo latente; em alguns casos faria evidente para o paciente tremor que de fato já existia antes, despercebido. CURSCHMANN mostra-se bastante reservado diante do conceito do parkinsonismo traumatico.

Os autores que defendem atualmente êste conceito expõem-no, sob o ponto de vista anatomo-patologico, do seguinte modo: o traumatismo acarretaria lesões hemorragicas finas – pequenos focos hemorragicos – na região dos nucleos cinzentos centrais, havendo ulteriormente lenta organização conjuntivo-vascular peri-focal e, como expressão clinica, o aparecimento progressivo de uma sindrome parkinsoniana. Todos, porém, salientam a raridade do fator traumatico na etiologia do parkinsonismo. Nos casos em que tal fator se apresente, o problema diagnostico deve ser discutido com prudente espirito crítico. Importa frisar que são exigidas aqui as mesmas condições classicamente estipuladas para a segura admissão de relações de causa a efeito entre os traumatismos e determinadas doenças organicas do sistema nervoso: ocorrencia de traumatismo importante sobre os centros nervosos, periodo intercalar nem muito longo nem muito curto, antes da constituição definitiva da doença e durante esse intervalo aparecimento de sintomas discretos, progressivos, tudo constituindo especie de cadeia ininterrupta.

E' tempo de distinguir que alguns dos neurologistas, particularmente os classicos, acordes na realidade do parkinnismo de origem traumatica conferem valor causal, não só

á ação do traumatismo propriamente dito, mas tambem á da comoção concomitante. Ainda os autores antigos incluiam ameúde no rol dos seus casos, citados no início deste trabalho, varios pacientes em que o traumatismo havido como causa da sindrome parkinsoniana atuara sobre nervos perifericos. Os que admitem hoje o parkinsonismo traumatico, em sua grande maioria, impugnam, porém, o elemento psiquico, comotivo bem como a ação traumatica incidente nos troncos nervosos, no determinismo da referida sindrome.

* * *

Ha pouco tempo tive a oportunidade de observar, na Secção Pinel do Hospital Nacional, um caso de sindrome de Parkinson aparentemente de origem traumatica, o que me levou a aprofundar na literatura neurologica o estudo do problema examinado neste trabalho. Trata-se de paciente, parkinsoniano tipico, que afirmava ter gozado perfeita saúde até a ocasião em que sofreu forte traumatismo, algum tempo após o qual surgiram os elementos sintomaticos do parkinsonismo. Cuidadosa investigação anamnésica e aprofundado exame do doente excluiam de início a intervenção de outro fator etiologico além do traumatismo. Com tempo e paciencia, porem, pude reconstituir com maior minucia a historia do caso, de modo que transparecem da mesma, como adeante se verá, alguns elementos orientadores do diagnostico etiologico no sentido da encefalite letargica. E' a seguinte a observação do caso.

M. F. da S., pardo, brasileiro, com 35 anos de idade, solteiro, carregador, residente em Osvaldo Cruz.

A historia da doença atual é narrada pelo paciente do seguinte modo: em janeiro de 1921 sofreu forte traumatismo; escorregou em uma casca de banana na rua e caiu pesadamente no solo. Desde então, durante seis meses aproximadamente, sentia constantemente mal estar geral e astenia pronunciada; cerca de um mês após o traumatismo, conta o observado que começou a apresentar movimentos involuntarios, amplos e rapidos, nas mãos e maxilar inferior (mioclonias?) .

Afirma que até o traumatismo gozava perfeita saúde. Seis mêses depois deste acidente, teve febre e cefaléa, que duraram um dia apenas; no dia seguinte manifestou-se tremor generalizado desde o início. Os outros movimentos involuntarios (mioclonias?), duraram cerca de cinco anos.

Nega que haja tido qualquer alteração do sono ou disturbios visuais, sobretudo diplopia, antes ou depois do traumatismo. Informa apenas que, ultimamente, ha um ano e mêses, lê com dificuldade os jornais. Refere que, até cerca de tres anos atrás, tinha cialorréa.

A. M. P. Sarampo na infancia; mais tarde, reumatismo e impaludismo. Fazia uso de bebidas alcoolicas. Fuma.

H. M. F. Pais mortos de causa ignorada pelo paciente. Dois irmãos mortos: um de epilepsia e outro de febre amarela; dois vivos e sadios.

Exame:

Facies inexpressiva, fixada. Fixidez do olhar. A cabeça permanece em extensão sobre o tronco e este em flexão sobre a bacia. Tremor de amplas oscilações, regular, generalizado, porém predominante no membro superior direito; o tremor existe em repouso, diminuindo durante a realização de movimento ativos voluntarios.

Hipertonia muscular generalizada, pouco acentuada, porem. Sinal da roda dentada.

Perda de movimentos associados automaticos. Bradicinesia.

Reflexos patelares vivos; reflexos aquileus diminuidos. Pupilas normais.

Sangue: Reação de Wassermann negativa. Liquido cefalo-raquidiano: R. de Wassermann negativa com Icc; primeira fase da reação de Nonne – Apelt positiva; citologia – 1,8 linfocitos p. mm3; glicose – $0{,}70^{0}/00$.

Os movimentos involuntarios, que tudo faz crer hajam sido mioclonias, a cialorréa e o estado febril imediatamente anterior ao aparecimento do tremor generalizado constituem indicios fortes da existencia da neuro-axite epidemica no caso e, portanto, razão suficiente para ser afastada a hipotese de parkinsonismo traumatico. Convém ainda assinalar a hiperglicorraquia discreta existente.

Este caso é semelhante ao que LHERMITTE e PARTURIER levaram ao conhecimento da Sociedade de Neurologia de Paris – sessão de 8. V. 30. Tratava-se tambem de "sindrome parkinsoniana aparentemente de origem traumatica e, na realidade, postencefalitica". Meticulosa indagação evidenciou na historia clinica da paciente elementos indicativos de encefalite letargica frustra. Deante de tais casos, julgo não ser demasiado insistir na necessidade de esmiuçar detidamente a anamnese de semelhantes doentes, no intuito de se lobrigarem os pequenos indicios de uma encefalite frustra.

Isso porque, estou com os neurologistas acima citados, do fato de determinada sindrome parkinsoniana aparentemente suceder a traumatismo severo não é licito estabelecer sumariamente relações causais entre o trauma e a doença nervosa em apreço.

Ha alguns anos venho investigando a intervenção do fator traumatico na genese da sindrome de Parkinson e ainda não logrei verificar nenhum caso em que essa condição etiologica pudesse ser com segurança admittida como causa exclusiva ou preponderante do parkinsonismo. Não me parece, entretanto, que se deva repelir a possibilidade do traumatismo precipitar a evolução de parkinsonismo latente ou discreto e mesmo fragilizar o encéfalo para a agressão de agentes infeciosos ou a ação dos processos involutivos senis e, pre-senis, o que não está em desacôrdo com postulados de patologia geral.

De qualquer modo, não é para desprezar o interesse medico-legal da questão. Com razão sobeja, autores que têm versado o problema são de parecer que, persistindo a duvida doutrinária, na prática, deante dos casos concretos de acidentes do trabalho, o perito deve fazer com que o paciente se beneficie da duvida cientifica, opinando pelo fator senão determinante ao menos agravante representado pelo traumatismo.

INDICAÇÕES BIBLIOGRAFICAS

AKE BARKMAN – Valor dos sintomas extrapiramidais na apreciação de certos acidentes do trabalho.

Acta médica Scandinavica, vol. LXVIII. f. I, 1928.

O. GROUZON et JUSTIN-BESANÇON – Le parkinsonisme traumatique. Presse medicale, 12.X.29.

O. CR0UZON, R. LÉVY et JUSTIN - BESANÇON – Parkinsonisme post-traumatique. Revue Neurologique, '1928, T. I. pag., 103.

MARCEL FAURE-BEAULIEU et G. DESBUQUOIS – Parkinsonisme post-commotionnel. Revue Neurologique, 1928, T. II., pag. 243.

D. PAULIAN L'élément commotionnel peut-il pro-duire un syndrome parkinsonien – Bull. Soc. Méd. des HO-pitaux, 1922, pag. 648.

H. W. MEIER – Ueber traumatischen Parkinsonismus. Klinische Wochenschrift, 24-9-26, p. 1827.

J. LHERMITTE et MLLE. PARTURIER – Syndrome parkinsonien en apparence d'origine traumatique, en réalité

postencéphalique. Revue Neurologique, 758, 1920, T. I. pag. 758.

SOUQUES — Paralysie agitante. *Traité de Pat. Médicale* de Sergent-Dumas-Babonneix, VI-II, pag. 404.

F. LOTMAR — Zur traumatischen Entstchung der Paralysis agitans. *Der Nervenarz*, 1928, H. I., pag. 6.

J. DEJERINE—Semiologie, pag. 473.

H. CURSCHMANN — Paralisia agitante. Trat . de medicina intern de Mor-IStaehelin (col. italiana), vol. V, p. 1I, pag. 1.473.

KLIPPEL et LHIERMIT'TE — Syndrome parkinsonien — N. Trai.te de med de Widal-Roger-Teissier, vol. XIX, p. 200.

Trabalho do Instituto de Neurobiologia da Assistencia a Psicopatas,
Diretor Dr. Mario Pinheiro

Metodo brasileiro de tratamento dos aneurismas

PELOS

DRS. GENIVAL LONDRES E HÉLION PÓVOA

PRIMEIRA PARTE

Foi o Brasil um dos países em que mais cêdo se implantou e mais rapidamente se difundiu o conceito do papel da sifile na etiologia dos aneurismas. Entre nós já não constitue a lues uma doença pudenda, o que nos facilita o emprêgo amplo, precoce e intensivo do tratamento especifico, conduta não raramente considerada abusiva por alguns menos conhecedores das condições do nosso meio.

Embora em circunstancias tão propicias, cêdo se convenceram os medicos brasileiros da insuficiencia do tratamento anti-sifilitico empregado isoladamente nos aneurismas e da necessidade de aliar a esta terapeutica etiologica outros meios complementares que naturalmente deviam decorrer das condições anatomicas e patogenicas do processo.

Voltou-se, assim, a recorrer á eletricidade, cuja utilização já fôra anteriormente tentada por varios autores em condições diversas, constituindo-se as diretrizes de uma técnica que passou a ser chamada de metodo brasileiro ou de A. Silva, cujo emprego está hoje amplamente divulgado em nosso país.

A todos que tem utilizado este processo, obedecendo ás suas exigencias e indicações, afigura-se indiscutivel a sua eficacia. Poder-se-ia objétar, todavia, que sendo o tratamento eletrico entre nós sempre empregado juntamente com

a terapeutica especifica e a medicação coagulante, os resultados nessas condições obtidos podem depender antes destas que daquele.

Procurando colocar-nos em condições seguras de estudo e observação, desde longos anos, podemos afirmar o valor do tratamento eletrico baseados nas seguintes verificações: ele fornece resultado satisfatorio com mais frequencia e presteza que qualquer outro processo; seu emprêgo associado a outros tratamentos tem proporcionado uma percentagem de cura que estes sem o seu concurso não forneciam; em doentes de aneurisma que já se vinham submetendo a tratamento antisifilitico sem resultado, a associação do tratamento eletrico acarreta melhoras evidentes de modo a deixar fóra de duvida a sua influência; e, finalmente, a existencia de uma razão de ser da eficacia dêsde metodo, em virtude de um mecanismo de ação que será dentro em pouco referido.

* * *

Primitivamente, foi a eletricidade utilizada no tratamento dos aneurismas em aplicação direta, introduzindo-se no saco um eletrodio fino ligado ao pólo positivo, colocando-se o negativo em um ponto proximo da superficie do corpo, ou em outro eletrodio filiforme dentro do saco.

Fazendo-se passar uma corrente continua, praticava-se a galvano-puntura que foi muito empregada por Pravaz, Guerard, Petrequin, Clovel, Ciniselli, Dujardin-Beaumetz, e com fundamento na ação coagulante da corrente galvanica em aplicação direta sôbre a albumina do ovo, conforme demonstravam as experiencias de varios autores, verificando-se no pólo negativo a formação de uma espuma que facilmente se desprende e no positivo um deposito branco, endurecido e aderente ao fio.

Em virtude das dificuldades e vicissitudes que acarretava a pratica dêste processo, exigindo a perfuração do saco aneurismatico pêlo eletrodio, bem cêdo foi ele relegado ao abandono, chegando até a ser negada por alguns dos seus primitivos afeiçoados, como Dujardin-Beaumetz e Laguerrier, a ação coagulante na galvano-puntura.

Começaram, então, as tentativas de aplicaçã da eletricidade por via mediata, aplicação extra-aneurismal. Pereira Guimarães apelou para a electricidade faradica em aplicação transcutanea, em 1874. Vizzioli recorreu á corrente continua, aplicando-a por intermedio de pequenos eletrodios deslisando sôbre o tumor durante alguns minutos.

Varios medicos brasileiras começaram a interessar-se pela aplicação da corrente galvanica no tratamento dos aneurismas: Martins Costa, Barboza Romeu, Avellar de Andrade, Augustos de Freitas e Ribeiro de Mendonça, entre outros, sendo que êste último, competente eletrologista, já delineava a sistematização do metodo, mandando que se aplicasse sempre o eletrodio positivo na maior proximidade do saco.

Foi, entretanto, Arthur Silva que a 14 de fevereiro de 1887, em comunicação á "Sociedade de Medicina e Cirurgia", precisou de maneira definitiva as condições de aplicação do metodo, que como justa homenagem ao seu labor, ao lado das denominações de metodo brasileiro, voltaização positiva extra-aneurismal, voltaização cutanea positiva, voltaização transcutanea interpolar, é tambem designado por "metodo de Arthur Silva", conforme o consagrou Aramis Lopes em, sua valiosa tese de doutorando.

Apesar de precisada sua tecnica, ainda ficou o processo algum tempo sem maior divulgação, até que os trabalhos de Modesto Guimarães (1891) e Monte-Mór, Dodsworth, Alfredo Britto, Prado Valladares, Alvaro de Carvalho, Aramis Lopes e outros vieram difundir o seu emprêgo.

AÇÃO TERAPEUTICA

Na apreciação da ação terapeutica do metodo brasileiro merece a pena considerar mais detidamente alguns dos seus efeitos.

Dôr – Pêla sua precocidade e constancia, logo chama a atenção o poder analgesico do metodo. A's vezes tão rapidamente se produz êste efeito, ao cabo de dez a dôze aplicações, que para explicá-lo não se póde alegar uma descompressão de troncos nervosos por diminuição do saco e sim o reconhecido poder analgesico do pólo positivo da corrente continua.

O valor desta ação bem se póde apreciar sobretudo nos aneurismaticos que já se viam obrigados a recorrer aos entorpecentes. Já tivemos doentes que consumiam cinco a seis centigramos de morfina, diariamente, e que com o tratamento eletrico conseguiram a breve trecho libertar-se do toxico, em virtude da cessação das dôres.

Partindo da consideração de que o efeito sedativo do metodo brasileiro não dependia só da retração do saco e sim tambem de uma ação analgesica da corrente continua, empregamo-lo com magnificos resultados em casos de aortite

com predominancia dos sintomas dolorosos e nos quais o tratamento anti-sifilitico e a diatermia tinham sido ineficazes.

Estado geral – E' comum verificar-se sensivel melhora do estado geral, principalmente nos casos em que as dôres se salientavam e sobretudo quando o paciente já se achando submetido ao uso de entorpecentes deles consegue livrar-se com o auxilio do tratamento eletrico.

Todavia, nos casos de caquexia aneurismatica adeantada, não raras vezes vimos falhar esta ação do metodo.

Saco aneurismatico – As modificações sofridas pêlo saco podem ser apreciadas diretamente, pêla inspeção e pêla palpação nos aneurismas dos vasos perifericos, ou nos aneurismas profundos que se exteriorizaram, e indiretamente pêla percussão e pêlos raios X, naqueles que se conservam enclausurados.

Temos notado diminuição da expansibilidade, que aos poucos desaparece, tornando-se o saco inextensivel, apenas abalado pêlas pulsações transmitidas do vaso, como qualquer corpo rigido que a ele estivesse juxtaposto; endurecimento do saco e de seu conteudo, tomando ás vezes uma consistencia cartilaginosa, quasi petrea, sobretudo apreciavel nos ancurismas das arterias perifericas e que são consideradas da alçada da cirurgia; e, finalmente, com menor frequencia retração do saco, cujo volume aos poucos vai diminuindo, chegando a desaparecer qualquer saliencia exterior, nos casos de aneurisma protuberante.

Tais efeitos têm sido verificados tanto nas ectasias das arterias de grande calibre, nos aneurismas da aorta toracica e abdominal, como nos dos vasos perifericos.

Quanto á duração desses resultados, eles podem manter-se indefinidamente, sobrevindo muitas vezes a morte por qualquer outra causa intercorrente, muito contribuindo para isso a perseverança no tratamento.

Entre outros, refere Arthur Silva que tratou de um aneurisma da poplitéa que do tamanho de um ovo de galinha se reduziu ao tamanho de uma nóz, perdeu a expansibilidade, tornou-se inteiramente rijo, e que assim se manteve durante mais de vinte annos, apezar do trabalho violento a que se dedicava o seu portador.

De nossa experiencia dotamos casos cujos resultados já datam de cinco anos.

Alguns autores têm citado como complicação do metodo o desenvolvimento de outra bolsa no sentido do ponto em que se aplica o metodo, eventualidade que nunca verificamos até hoje.

DESCRIÇÃO DO METODO

E' o metodo brasileiro de tratamento dos aneurismas uma aplicação bipolar de corrente continua, cujas principais caracteristicas são:

a) Aplicação do pólo positivo na maior proximidade do saco;

b) estabelecimento suave e desenvolvimento gradativo da corrente;

c) estabilidade absoluta da corrente uma vez atingida a intensidade desejada.

A aparelhagem necessaria á sua prática consiste em eletrodos, reoforos, miliampermetro aperiodico, meios de corrente e fonte de energia.

Os eletrodos, em número de dois, devem ser eguais, de tamanho proporcionado ao volume da ectasia, variando em media de 150 a 300 cms2 (10X15, 15X20), moles ou maleaveis, revestidos de flanela ou camurça (no comércio encontram-se eletrodos de Chardin que satisfazem).

Os reoforos devem ser longos, flexiveis e revestidos de substancia isolante.

O miliampermetro aperiodico e com escala de 0 a 30 Ma,

MEIOS DE REGULAGEM

Tratando-se de regular a intensidade de uma corrente contínua, é preciso ter em vista que em determinado circuito tal intensidade varia na razão direta da voltagem e na razão inversa da resistencia, o que corresponde a uma das leis de 0hm e se e prime na fórmula.

$$I = \frac{E}{R}$$

Assim, pois, para aumentar a intensidade podemos ou aumentar a voltagem ou diminuir a resistencia.

No primeiro caso a resistencia do circuito é fixa, graduando-se a voltagem pêlo número de elementos (pilhas ou acumuladores) que nele vão sendo introduzidos, o que se consegue com os chamados coletores de elementos, de que habitualmente são providas as chamados "maquinas eletricas" (de Chardin, Gaiffe, etc.). Com a adição de cada ele-

mento, a intensidade será aumentada de fantos miliamperes (2 a 3 em média) quantos resultarem da divisão da voltagem desse elemento pêla resistencia do circuito.

Começando-se a aplicação com um só elemento, adicionando-se, depois, um a um os demais necessarios, vamos aumentando a intensidade da corrente de dois em dois miliamperes, aproximadamente, até atingir o otimo aconselhavel, o que se póde representar esquematicamente no seguinte grafico.

O aumento da intensidade, expresso em miliamperes, não se faz, portanto, em declive suave e seguro, sendo. ao contrario, entrecortado, constituido de pequenos saltos, o que se representa no grafico (Figs. 1 e 2) como si fôra uma escada de dez degráos, em que cada um equivale a um aumento subito de dois miliamperes, ao envez de constituir um perfeito plano inclinado sem acidentes, conforme a representação que se segue.

Em virtude desses inconvenientes, torna-se preferivel regular a intensidade da corrente pelo outro mecanismo já referido, isto é, conservar-se constante a voltagem fazendo-se variar a resistencia, o que se consegue intercalando-se no circuito uma resistencia adicional.

Logo de início são introduzidos no circuito todos os elementos que nos vão dar a voltagem necessaria para a intensidade maxima a que iremos atingir, mas como tambem se acha intercalada toda a resistencia adicional, essa intensidade será inicialmente minima, para ir aumentando gradativamente, á medida que formos diminuindo aquella resistencia.

Empregamos sempre uma resistencia metalica, representada por um enrolamento de fio fino, que póde ser montada seja como reostato (em serie), seja como redutor de potencial. Devido ao grande número de espiras dêsse enrolamento, o deslisar do cursor vai diminuindo a resistencia de modo muito lento e continuo, determinando um aumento de intensidade suave e sem sobresaltos, de acordo com a representação grafica acima referida, o que a torna quasi insencivel para o paciente.

Todavia, na montagem em reostato, como a resistencia do circuito não póde ser infinita, ha sempre um pequeno salto nicial que entretanto não representa inconveniente serio. Na montagem em redutor de potencial nem mesmo esse acidente inicial se observa.

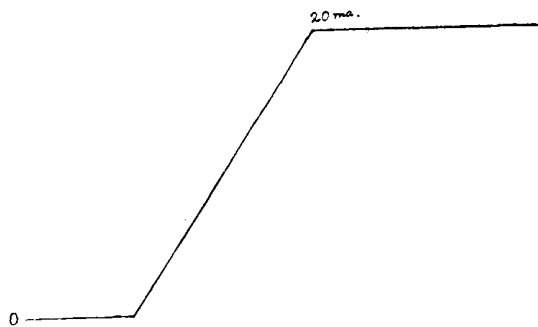



Fig. 1

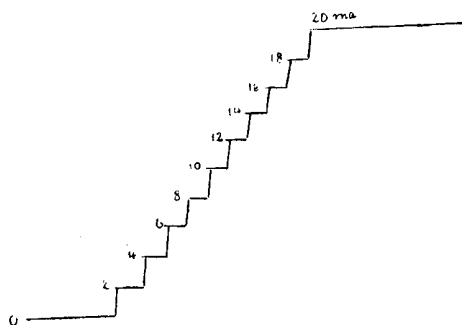



Fig. 2

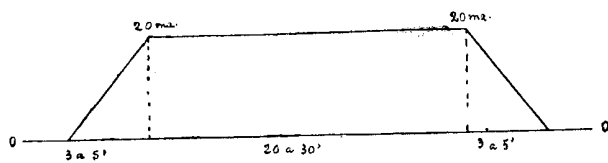



Fig. 3

FONTE DE ENERGIA

A corrente continua póde ser-nos fornecida pêla rêde gral da cidade, pêlas pilhas e pêlos acumuladores.

CORRENTE DE SETOR

Ha cidades que distribuem corrente continua na sua rêde de iluminação. Mas dada a sua alta voltagem, não nos parece aconselhavel utilizá-las diretamente para a aplicação no doente, porque qualquer falha no sistema de redução determinaria choque desagradavel, sobretudo em um paciente nas condições desfavoraveis de um aneurismatico.

Em outras cidades, como o Rio do Janeiro, as correntes da rêde geral são alternativas – 110 volts para luz e 220 para forca, havendo sempre variações de mais ou menos 10 volts.

Estas correntes alternativas são absolutamente inaplicaveis para o metodo brasileiro. Nenhum dos dispositivos nos fornece, realmente, uma corrente desta natureza, nem os nos fornece, realmente, uma corrente desta natureza, nem os comuns pantostatos, de uso tão difundido em eletricidade medica, nem os aparelhos retificadores de valvula ou de lampada, de emprêgo tão corrente em radiotelephonia; além disso ficam sujeitas ás variações da corrente da rêde geral, acarretando oscilações da corrrente retificada, conforme aqui verificámos.

Acreditamos mesmo que na utilização dessas correntes improprias residia a razão de ser da descrença de alguns medicos brasileiros que já tentaram utilizar o processo sem dispôr de instalação adequada.

Pilhas – Um conjunta de vinte e trinta pilhas, ligadas em tensão, fornece uma corrente galvanica que já preenche melhor as exigencias do processo; as ligeiras variações que porventura apresenta são muito lentas e atenuadas.

Encontram-se esses conjuntos de pilhas reunidas em pequenas caixas providas de miliampermetro, inversor e coletor de elementos; são as conhecidas maquinas eletricas apresentadas por varios fabricantes.

Não se Ihes póde negar a vantagem de serem portateis e de fornecerem uma corrente relativamente fixa. São, porém de coservação muito dificil para ser usadas em larga escala e têm como desvantagem o fato da graduação da corrente ser feita por meio de um coletor de elementos, isto

é, pêlo acrescimo ou pêla supressão de uma pilha cada vez, o que acarreta os inconvenientes já assinalados.

Acumuladores — Um grupo de acumuladores, reunidos em tensão e com uma forte resistencia adicional montada em redutor de potencial constitue, a nosso vêr, a fonte ideal de energia para o metodo de Arthur Silva: corrente continua pura, de estabilidade absoluta e de graduação suave, economica e comoda na sua conservação, podendo permitir a aplicação simultanea em varios doentes, o que é de grande alcance nos serviços hospitalares e de ambulatorio.

E' este o dispositivo que atualmente merece nossa preferencia, ao cabo de cinco anos de prática do metodo.

TECNICA

Está demonstrado que o "metodo brasileiro", segundo a tecnica de Arthur Silva, para ser realmente eficaz exige que a corrente galvanica seja utilizada em determinadas circunstancias.

E' preciso que cada aplicação seja iniciada com corrente muito fraca, que vá aumentando lenta e suavemente, sem ressaltos, até a intensidade a atingir nossa aplicação. Chegada a esse ponto otimo, deve a corrente nele ser mantida com a mais rigorosa estabilidade, sem oscilações, sobretudo as variações mais ou menos bruscas, permanecendo assim inalteravel durante cêrca de vinte a trinta minutos. Ao terminar a sessão, nunca se deve interromper bruscamente a corrente, comportando a terminação uma fase identica mas contrária á do início, em que se irá diminuindo gradativamente a corrente. A fase inicial de ascensão deverá durar de tres a cinco minutos, como tambem a terminal.

Esquematicamente, as condições ideais da aplicação podem ser representadas no seguinte grafico.

Nas aplicações iniciais de cada tratamento, não se procurará atingir os vinte ou trinta miliamperes assinalados, bastando chegar a cinco miliamperes na primeira, avançando mais dois a tres miliamperes nas subsequentes; desta maneira se evita qualquer sensação desagradavel ao doente, estabelecendo-se uma perfeita tolerancia para as aplicações mais fortes.

Igualmente é preciso ter em vista que a intensidade de 20 a 30 miliamperes só será atingida com os grandes eletrodos de 200 a 300 cms2. Para eletrodos menores, deve-se di-

minuir a intensidade da corrente de módo que a sua densidade se mantenha mais ou menos a mesma.

Devem ser molhados os eletrodos em agua morna, aplicando-se o positivo no ponto mais proximo do saco e o negativo em situação diametralmente oposta.

Em vista da ação irritante do pólo negativo, costumam alguns especialistas, como Jacintho de Campos e outros, inverter a polaridade dos eletrodos em cada aplicação, como tambem aconselha Prado Valladares, apoiado na sua interpretação da ação interpolar do metodo. Outros autores aconselham a inversão dos eletrodos ao cabo de cada serie, afim de prevenir a formação de um novo saco ao nivel do pólo negativo, emquanto o aneurisma se vai retraindo sob a ação do anodio, complicação que nunca verificamos, conforme já foi referido.

A fixação dos eletrodos, estando sentado o paciente, será obtida por meio de um colete de borracha ou por tiras de substáncia isolante; evitar-se-á o emprêgo de ataduras de pano, ou qualquer outra materia absorvente, que poderia humedecer-se ao contato dos eletrodos molhados, tornando-se condutora. Si tal acontecesse, os resultados seriam inteiramente falseados, porque a corrente, preferindo o caminho da menor resistencia, seria total ou grandemente desviada do corpo do individuo, que assim estaria excluido do circuito.

Nos casos em que o saco ainda não seja protuberante, muito comoda se tornará a aplicação feita em decubito dorsal, repousando o individuo sobre um dos eletrodos, aplicado no ponto em correspondencia com a ectasia, colocandose o outro na face anterior do tronco em situação diametralmente oposta, mantida a sua exata juxtaposição á custa de uma ligeira compressão que póde ser obtida por meio de um pêso leve (saco de areia, etc.).

Ao lado da agua pura, tambem podem os eletrodos ser humedecidos em solução de cloreto de sodio; igualmente, será possivel recorrer-se a solucões de substancias medicamentosas puras (iono doses de Clin) aliando-se á ação propria do metodo a influéncia da ionoterapia.

Durante a aplicação deve haver vigilancia porque a intensidade da corrente póde aumentar, devido a ter diminuido a resistencia da pele, como póde diminuir por terem secado os eletrodos, etc.

Não é de todo raro surgirem manifestações de irritação cutanea, que si não suficientemente corrigidas podem it até

a formação de escaras .Mas só um grande descuid'o póde dar logar a êste acidente que reputamos grosseiro, pois em nossa longa experiencia do metodo nunca o registamos.

A simples manifestação de um prurido mais intenso e duradouro já reclama o maximo cuidado. Em nossa prática temos sempre evitado esses inconvenientes, com aplicações frequentes de pós inertes e pêlo emprêgo sôbre a superficie cutanea de uma vaselina condutora especial para eletrodos, de fabricação da Vitor.

A orientação geral do tratamento fica na dependencia das condições particulares de cada caso. Ao tecnico caberá graduar a intensidade, duração e frequencia das aplicações, aproveitando e desenvolvendo o mais possivel a tolerancia do doente.

As sessões terão que ser continuadas durante largo tempo, a princípio diariamente, depois em dias salteados.

Como recurso complementar do tratamento eletrico é corrente o emprêgo de cloreto de calcio coaguleno, clauden e de gelatina que póde ser comodamente administrada em sôpas, dotes, etc.

SEGUNDA PARTE

MECANISMO DE AÇÃO

A corrente eletrica voltaica aplicada de acôrdo com o metodo brasileiro de tratamento dos aneurismas, aquele que até hoje melhores resultados clinicos tem fornecido, atúa de dois modos principais: combatendo eficazmente a dôr e influenciando diretamente a ectasia localizada, levando-a á involução completa, naqueles casos em que o tratamento fôr corôado de bom exito. A ação sôbre as terminações nervosas sensitivas é de uma fidelidade absoluta, podendo-se considerar como quasi infalivel na libertação das cruciantes dôres naqueles casos de compressão. Por esta condição o metodo deve ser considerado como paliativo sintomatico de uso compulsorio nas ectasias aneurismaticas dolorosas. Esse fato, á fôrça de inumeras vezes demonstrado, já se tornou sediço entre os clinicos brasileiros: a corrente voltaica com amperagem atenuada tem “um poder analgesico de primeira ordem” (Modesto Guimarães), “demonstra o metodo polar que o anode é calmante” (Professor Alfredo Britto). E' bem possivel, quasi certo mesmo, que esta ação analgesica de extraordinaria importancia prática, resulte, não só de uma influência direta sôbre os filetes nervosos sensitivos, mas

tambem de uma ação vaso-motora nitida que leva ao descongestionamento sanguineo, por muitos autores confirmado. Mas, atuasse a terapeutica voltaica brasileira exclusivamente sôbre o fenomeno dôr e seria exclusivamente um recurso paliativo, impotente na paralização da marcha evolutiva do saco e completamente inutil no grande grupo dos aneurismas ditos mudos. Se assim o fosse, constituiria metodo terapeutico de valor apreciavel, mas não o recurso de resultados miraculosos que ás vezes fornece, e que por isto mesmo constituiu objeto de numerosos trabalhos nacionais de Arthur Silva, Modesto Guimarães, Monte Mór, Martins Costa, Alfredo Britto, Prado Valladares, Augusto de Freitas, Luiz Osorio, Toledo Dodsworth, João Fróes, Couto Britto, Aramis Lopes e outros.

Já vimos na primeira parte dêsse trabalho que a voltaização extra-aneurismal, segundo a tecnica brasileira, detem a marcha evolutiva de muitos aneurismas, impedindo ou retardando de muito tempo a rutura, fazendo mesmo regredir e desaparecer o tumor em alguns casos, numa porcentagem jámais alcançada por metodo outro clínico qualquer. A cura se processa por um trabalho demorado de estratificação de coagulos fibrinosos no interior do saco, emprestando-ihe uma resistencia muito acentuada, ao mesmo tempo que se observa sensivel redução nos diametros da dilatação circunscrita. E’ sôbre a natureza desse importantissimo mecanismo que nos temos detido em pacientes investigações experimentais, até certo ponto nos levando a conclusões de não pequena importancia. Enquanto que relativamente á ação analgesica da voltaização branda existe uma quasi unanimidade entre os autores brasileiros, a ação direta sabre o aneurisma, embargando-lhe a evolução dilatadora progressiva ou mesmo levando-a á involução pela atrofia, tem sido interpretada de modo desencontrado.

Para uns a ação resume-se na influencia coaguladora que exerce sobre o sangue o pólo positivo, outros sem contestar essa influencia direta sobre o sangue salientam no mecanismo de ação terapeutica uma atuação direta sobre as tunicas arteriais, provocando um trabalho histologico ativo que levaria de certo o saco a uma retração e consecutiva reparação.

E’ fato conhecido desde o começo do seculo passado que a corrente voltaica exerce uma ação coaguladora sobre a albumina (Brugnatelli e Brandès, Home, Mozon e outros), sendo que desde as suas primeiras monografias, em 1887, Arthur Silva responsabilizou o pólo positivo como o atuante

por excelencia no tratamento, em virtude de sua ação hemo-coaguladora. O professor Prado Valladares crê não ser polar esta ação coaguladora, mas inter-polar, só deste geito se podendo explicar a cura de aneurismas profundos pelo metodo da voltaização externa. Baseados numa defeituosa experiencia do Dr. Modesto Guimarães, alguns autores têm sustentado que as virtudes terapeuticas do metodo não resultam da infuencia hemo-coaguladora da corrente voltaica, mas da faculdade de "aumentar a resistencia da parede vascular, de determinar sua retração".

A experiencia fundamental foi uma relatada á pag. 24 do trabalho inaugural do Dr. Modesto Guimarães, de colaboração com o Dr. Monte Mór, em que faziam circular uma solução albuminosa, graças a uma bomba, passando o liquido pelo interior de uma aorta disposta entre dois electrodios, quo davam passagem a uma corrente de 30 a 40 Ma, atuando durante 45 minutos. Não observaram coagulação, mas no ponto onde se assestava o electrodio positivo a "parede do vaso se havia retraído de um modo manifesto", com "aumento notavel da consistencia", e na região do pólo negativo, notava-se "aumento da fragilidade, apresentando-se a parede vascular friavel e infiltrada. *As nossas pesquizas não confirmam este fato.*

Desconhecemos a documentação histologica – porque se trata de pura questão de histologia fina – dessa importante ação retratora da voltaização, aceita por tantos autores.

Como se infere das nossas pesquizas, a corrente continua não parede retrair o sistema elastico dominante nas grandes arterias. No caso de positiva aquela ação, seriam incomparavelmente mais tortuosas as fibras elasticas, alterações essas melhormente perceptiveis nas zonas de condensação das *limitantes.* Interpretamos aqueles resultados dos doutos pesquizadores brasileiros como simples desecação por corrente continua, demasiado intensa e duradoura; fôsse *ativa* esta retração, os elementos elasticos perderiam o seu paralelismo; tornar-se-iam irregulares, deformados. A nosso vêr, os elementos nobres da tunica média são estranhos áquela redução volumetrica experimental: a parede se reduziria, sim, por diminuição do plasma intersticial.

Mas não se atrofiam e desaparecem sacos aneurismaticos na clínica pela terapeutica poderosa do "metodo brasileiro"? Perguntarão aqueles que desejam ajustar ao achado experimental o fato clínico incontestavel. Jámais se atrofiará um saco aneurismatico vasio; é indispensavel que um anteparo mecanico o proteja das impulsões ritmadas e impe-

tuosas da circulação arterial. Só um desses anteparos conhecemos – verdadeiro tampão na linguagem tecnica – a camada de coagulo, ordenadamente constituida por estratos sucessivos. Curado o aneurisma, poderá involuir o saco e, como em quasi todos os atos de involução do organismo, a atrofia é o processo resultante de um conjunto de atos biologicos complexos (atrofia celular, esclerose).

A quasi totalidade dos investigadores que estudaram o assunto, desde o sistematizador do metodo, o Dr. Arthur Silva, está convencida – convição documentada com exuberancia no campo experimental – que a ação primordial do importante recurso terapeutico é o poder coagulante de pólo positivo.

Quanto ao fenomeno íntimo dessa coagulação sanguinea provocada pela corrente, ao nivel do pólo positive, impera ainda muita obscuridade.

Empolgando a todos a teoria ionica, a eletrolise tem sido por muitos responsabilizada. Convergiriam para o pólo positivo acidos ionizados, aí exercendo a sua ação coaguladora sabre as albuminas do sangue. Mas o fenomeno da coagulação sanguinea é de uma complexidade extrema, ainda apenas se entremostra nas suas minucias menos delicadas, e não se resumiria êle numa simples ação de precipitação de albuminas.

Conjunto de atos fisico-quimicos, em que entram em jogo fermentos de origens varias, sais minerais (fibrinogene, trombogeno, tromboquinase, sais de calcio) e fenomenos da esfera coloidal, a coagulação sanguinea provocada pela corrente continua sem duvida não se dará sem que estejam em ação pelo menos os principais dos seus multiplos fatores. Só assim se precipitará a fibrina, que é a principal caracteristica do fenomeno da coagulação sanguinea.

Por mais de uma vez arguimo-nos, a nós proprios, numa interrogativa que é a insatisfação absoluta das hipoteses até aqui aventadas, si no caso não atuaria a corrente voltaica por um fenomeno semelhante áquele que já se principia a conhecer nos dominios dos esteroes, zooesteroes e fitosteroes? A energia ultra-violeta, em irradiação pouco demorada e em ondas curtas, transforma em isomero do cholesterol, o ergosterol num corpo com novos caracteres quimicos, fisicos, espectro-fotometricos e, sobretudo, com aptidões novas fisiologicas (ergosterol é inerte quanto ao raquitismo, irradiado é ativissimo). A doutrina imperante (Windauss) é a de que a energia radiante transforma uma pro-vitamina (ergosterol)

em uma substancia igual ou que contenha vitamina *D* em natureza.

Não será a energia eletrica, sob a fórma de corrente galvanica, capaz de uma ativação de fermentos da coagulação sanguinea e de provocar, assim, o complexo fenomeno no interior dos aneurismas, levando-os a cura ?

CONTRIBUIÇÃO EXPERIMENTAL

A documentação experimental em que se firmam as conclusões a que chegamos em nossa memoria já citada é vista. O criterio sintetico a que obedecemos neste estudo não permite que a traslademos na integra, acrescida de novas pesquizas posteriormente praticadas. Em numerosas pesquizas histologicas, em que faziamos a mensuração de vasos arteriais eletrizados pela corrente voltaica, aumentando a intensidade e o tempo de duração da mesma, e posteriormente estudando a textura do arcabouço elastico, chegamos á conclusão da nenhuma influencia da voltaização sobre a parede vascular, desde que seja tomada a cautela de ser mantida uma humidade favoravel, na parede vascular, no ponto de contato com os electrodios. O tempo da coagulacao sanguinea "in vitro" foi determinado em repetidas experiencias, sem que fossem observadas variações apreciaveis, tendo sido usadas as tecnicas da "gota em lamina", da "gota sob vaselina líquida" e do "tubo de fundo plano" (1 c. c.). Colocada uma determinada quantidade de sangue em dispositivos que ideamos (figs. 4 e 5), rôlha de cortiça transfixada por electrodios de cobre, revestida internamente de uma camada de parafina, assentando ao longo do fundo dois electrodios planos de cobre), faziamos ,passar por tempos variaveis uma corrente voltaica de 7 Ma.

Tambem nenhuma oscilação no tempo da coagulação registamos em experiencias de voltaização transvascular: segmento de aorta, colhido momentos após á morte e conservado em líquido de Ringer, por horas (figs. 6 e 7).

Mais curiosas sae as conclusões a que chegamos com relação ao estudo dos coagulos sanguineos obtidos nessas diferentes series de experiencias, visando a determinação do tempo de coagulação sanguinea.

a) Coagulo sanguineo formado em contato com os electrodios – Aspecto macroscopico; ao córte, observavam-se dois aspectos nitidos: na zona em derredor do eletrodio posi-

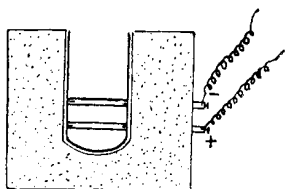



Fig. 4

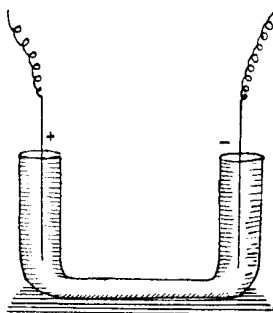



Fig. 5

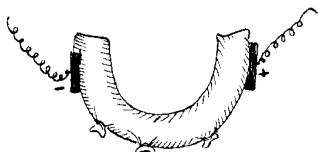



Fig. 6

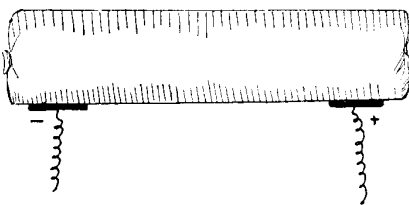



Fig. 7

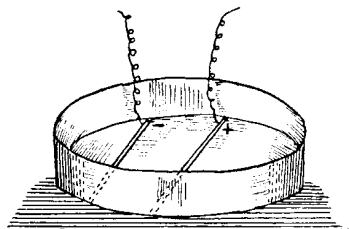



Fig. 8

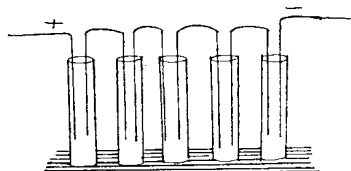



Fig. 9

tivo o coagulo era duro, mas pouco resistente, esfarelandose com facilidade, esmaecido de côr, sêco e unido ao fio de cobre, revestindoo em condensada camada. Em todo o restante, o coagulo tinha a côr do coagulo espontaneo, todavia diverso na consistencia, na deposição leucocitaria superficial e na retração. Mais consistente. Estria alva superficial rarefeita. Pouco retraido, pobre no fornecimento do sôro, que algumas vezes era leitoso pêla coagulação de albuminas.

No dispositivo testemunha o contato dos fios de metal não modificava em nada o aspecto do coagulo espontaneo.

Aspecto microscopico: No coagulo espontaneo, embora que atravessado por fios, era a composição histologica classica dos coagulos rubros: com a sua rêde de fibrina delicada, tendo nas malhas abundantes cópias de hematias e leucocitos, e muitos hematoblastos ocupando centros do sistema reticular.

Era inteiramente diferente, quanto ao aspecto histologico, o coagulo formado no eletrodio positivo: a fibrina (usamos o metodo de Weigert) lido se distribuia naquele rendilhado caracteristico, e bem dissociavel em presença do proprio soro por delicadas agulhas, mas se apresentava em faixas condensadas como si fôra tecido conetivo, em distribuição mais ou menos concentrica. Havia em abundancia massas amorfas, parecendo substancias albuminoides coaguladas, de permeio com hematias deformadas, leucocitos retraídos. Um fato curioso era o aparecimento de um halo de substância amorfa, tomando a côr roxa nitida na dupla coloração. Em córtes tratados pelo acido oxalico (Rochl), o deposito continuou a se colorir pela hematoxylina, mostrando não ser ferro, confirmando sua natureza calcica.

b) Coagulo sanguineo obtido por ação eletrica transvascular – São aqui multo mais subtis as variações do coaguIo formado sob corrente eletrica continua, do que aqueias diferenças gritantes observadas nos coagulos por contato direto com o electrodio, sobretudo ao nivel do positivo, em que ao lado do fenomeno fisicoquimico complexo e delicado da coagulação, provoca a eletricidade a solidificação macissa e grosseira de albuminas do plasma.

Observamos, todavia, algumas anomalias, quando por tempo mais ou menos Longo deixavamos atuar a corrente eletrica (determinado o tempo da coagulação, protraiamos a eletrização até duas horas depois). Junto do eletrodio positivo, o coagulo era mais firme, mais abundante, com

tendencia a aderir ao endotelio da endarteria, quasi irretratil e fornecendo pouco sôro. O coagulo no nivel do pólo negativo tem a consistencia do coagulo testemunha, a mesma contratilidade e o mesmo aspecto. A tendencia a aderir é mais evidente no vaso que é eletrizado, havendo em alguns casos. na zona do pólo positivo, aderencia completa.

Nos nossos primeiros ensaios estavamos inclinados a acreditar que a eletricidade tornava o coagulo sanguineo menos escuro, mais rutilante. O curso de nossas experiencias não sancionou essa impressão. Outra impressão de maior importancia, mas que um número reduzido de verificações não permite conclusão, é a de que no coagulo eletrizado a rêde de fibrina é menos retraída e mais espessa, usando a tecnica da dissociação de coagulo fino, em solução iodo-iodetada.

Conclusão: Uma corrente eletrica continua, mesmo de baixa amperagem, em aplicação direta e atuando prolongadamente provoca uma coagulação sanguinea atipica ao nivel do ,pólo positivo: solidificação macissa de albuminas, condensação da fibrina em faixas e deposição de calcio. Em condições identicas, porém, atuando a corrente através da parede arterial o coagulo é mais firme, mais abundante, menos retratil, fornecendo menor cópia de sôro, com tendencia a aderir á parede interna do vaso, modificações estas que se acentuam para onde está colocado o electrodio positivo.

Ainda para bem ajuizarmos desse poder coagulador da corrente voltaica, numa serie de tubos de hemolise, tornamos o sangue venoso incoagulavel por meio do citrato de sodio. juntamos dóses crecentes de Ca C1.2, e por fim observar as quantidades desse sal necessarias para coagular o sangue eletrizado e não.

Dispositivo: – Duas series de cinco tubos de hemolise,penetrando até o fundo de cada um deles um fio metalico,condutor, de acôrdo com o que se observa no gráfico (fig. 6).

Serie eletrizada:– Fonte: 6 volts. Intensidade: 12 Ma.

Tubos	Sangue	Citrato de sodio (50 %)	Cloreto de calcio (2,0 %)
1	0,75	0,02	0,01
2	"	"	0,025
3	"	"	0,05
4	"	"	0,075
5	"	"	0,10

Ao fim de 30 minutos todos os tubos de serie eletrizada estavam coagulados, enquanto que no testemunha o sangue do tubo 1 estava completamente fluído e o do tubo 2 em estado pastoso, de coagulação incompleta.

Conclusão: – A corrente voltaica em ação prolongada tem uma influencia coaguladora sobre o sangue; sobre o sangue citratado ela reforça a ação coagulante do ion calcio.

————«*»————

NOVO METODO PARA VERIFICAÇÃO DA SIFILIS NERVOSA

PELO

DR. A. CERQUEIRA LUZ

O dia 30 de junho de 1900 representa uma data, memoravel na história do liquor, em que Ravaut e Widal lançaram as bases do *Cyte-Diagnostic* na *Societé de Biologie de Paris.*

Desde essa época até o presente, pouco mais de 30 anos, não cessaram as experiencias, que enriqueceram a lues nervosa de meios semioticos precisos, que constituem o verdadeiro recurso para uma asserção irrevogavel no diagnostico e no prognostico. Principalmente as fórmas oligo-sintomaticas e incipientes se beneficiaram com esse acervo de ciencia, que consegue em fase pre-clinica, verificar no liquor os reflexos da localização do treponema nos centros nervosos.

As alterações complexas que sofre o liquor nos casos de lues nervosa, fizeram que se estabelecesse uma série de verificações com o fito de estudar as variações citologicas em seu número e forma, observar o aumento da albumina e da globulina, pesquizar a substancia responsavel pela reação de Wassermann e pelas reações de floculação, evidenciar as modificações que occorrem com as reações coloidais, etc. Foi creado um verdadeiro sindromo humoral bem fiel pela média que se obtem com o conjunto de reações e dosagens reveladoras de modificações nas suas taxas normais.

Infelizmente nem sempre com esse conjunto se chega a uma conclusão satisfatoria. A citologia póde estar normal em muitos casos de sifilis nervosa bem averiguada; a albumina e a globulina podem estar normais; a reação de Wassermann tambem, póde falhar, até mesmo em paralisia geral, embora raramente; as reações de floculação, mais sensi-

veis, tambem não são infaliveis; as reações coloidais nem sempre cumprem os seus propositos, indicando falsamente o que não existe.

Essas falhas apontadas por quasi todos os autores, constituem o principal incentivo para a pesquiza de novos metodos.

Conhecendo o trabalho de Mayer e Gourdy, que descreveram uma linfocitose tipica no sangue dos sifiliticos, em todos os estadios da doença e o estudo feito por P. Ravaut e Boulin, em 1927, demonstrando no liquor de neuro-lueticos, a presença de linfocitos, mononucleares e *plasmazellen,* em número apreciavel, propuzemo-nos a verificar no liquor a frequencia desses elementos, em diversas modalidades de sifilis nervosa. Ha entretanto uma dificuldade bem séria, a escassez de elementos celulares no liquor em muitos casos de lues nervosa, visto que é o primeiro sintoma que cede ao tratamento específico, e sendo ele largamente generalizado, quasi todo o paciente se apresenta com um tratamento mais ou menos intenso, ocasionando a remissão celular.

A pratica de injeções raqueanas que fez Dujardin em 1920, em dois lueticos com sintomas nervosos para verificar a permeabilidade meningea, ocasionando uma hipercitose notavel e as experiencias de J. A. Kolmer e seus assistentes, em cães, com o mesmo fito, chamou-nos a atenção.

Tivemos então a idéia de provocar uma irritação meningea, em neuro-lueticos, para colher um numero apreciavel de celulas, suficiente para um exame perfeito.

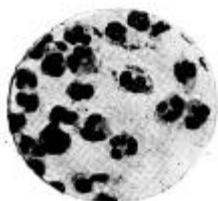
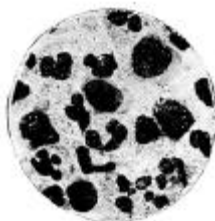
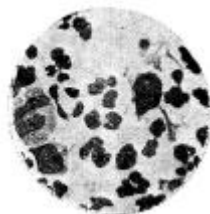
Iniciamos nossas experiencias usando sôro fisiologico e agua bi-destilada, preferindo esta última porque a irritação que produz não se exterioriza por nenhum sinal clínico.

A princípio usamos dóses grande de agua, 5cc., passando finalmente a usar 2cc. depois de verificar que esta quantidade era suficiente para o que desejavamos.

Estandardizamos finalmente assim, o metodo: – Fazemos uma punção retirando 15cc. de liquor e injetamos lentamente os 2cc. de gua bi-destilada. 20 horas depois, fazemos uma outra punção para a colheita do liquor a examinar, na dóse de 15cc.

Preferimos sempre a via sub-ocipital para experiencia.

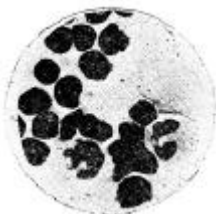
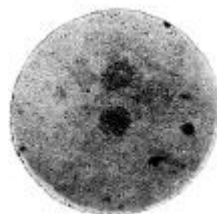
Para examinar as celulas aparecidas com a irritação meningea usamos um metodo de coloração post-vital, com verde de metila-pironnina (mistura de Pappenheim) e um metodo de fixação usando o panotico de Pappenheim (May-grun-wald-Giemsa).

AUSENCIA DE SIRILUS NERVOSA

I – Coloração com May-Grunwald-Giemsa

II – Coloração com May-Grunwald-Giemsa

III – Coloração com May-Grunwald-Giemsa

IV – Coloração post-vital com verde metila-pironina

SIFILIS NERVOSA

I – Coloração com May-Grunwald-Giemsa

II – Coloração com May-Grunwald-Giemsa

III – Coloração com May-Grunwald-Giemsa

IV – Plasmazelle – Coloração post-vital com verde de metila-pironina

Desde logo notamos que os bons resultados com material fixado dependiam sobretudo do modo de distender as laminas.

Em nossas preparações, agimos do seguinte modo: – Centrifugamos o liquor em tubo afilado, com velocidade de 2.500 rotações, durante 10 minutos; decantamos a parte superior, e com uma pipeta afilada retiramos o deposito, colocando uma gota que deve ter a consistencia pastosa, na extremidade de uma lamina, e por intermedio de outra, agimos como se faz para obter esfregaço de sangue.

Para fazer uma coloração post-vital, tomamos uma porção do deposito em uma pipeta estirada, onde aspiramos tambem o corante, em igual quantidade, sendo o todo colocado entre lamina e laminula. Nas colorações post-vitais devem ser feitas diversas observações: logo após a coloração, algumas horas depois e no dia seguinte.

Com o metodo panotico, obtivemos resultados surpreendentes, podendo fazer contagem especifica dos leucocitos, que nos forneceram impressões bem fieis da verdade clinica.

Fazendo nossas observações, verificamos que os casos de lues nervosa davam um aumento mediocre de celulas, podendo-se reconhecer uma tipica mononucleocitose: linfocitos, mononucleares e *plasmazellen,* em relações percentuais diferentes, ora predominando um, ora outro elmento, variando com a gravidade do processo.

Com o metodo de coloração post-vital, póde-se reconhecer si as celulas que inflitram os centros nervosos são de um processo recente ou antigo, porque ficam incolores ou se coram tardiamente no primeiro caso e coram-se imediatamente no segundo. Este é o metodo ideal para o reconhecimento do *plasmazelle.*

As contagens especificas feitas com o metodo panoptico revelam formulas diferentes. Nos casos graves sem tratamento, nota-se uma mononucleocitose absoluta, como no caso que tomamos para exemplo, de paralisia geral:

Linfocito, 76, 5 %.
Mononuclear, 23, 5 %.
Fórma de transição,0 %.
Polinuclear neutrofilo, 0 %.
Polinuclear acidofilo, 0 %.
Polinuclear basofilo, 0 %.

Ás vezes, nesses casos, nota-se uma ou outra forma fazendo exceção.

Nos casos tratados, com bôa evolução, vai-se aos poucos notando a mudança da fórmula para polinucleose, como nesta observação:

Linfocito, 85, 5 %.
Mononuclear, 7, 5 %.
Fórma de transição, 0 %.
Polinuclear neutrofilo, 6,0 %.
Polinuclear acidofilo, 1,0 %.
Polinuclear basofilo, 0 %.

Nossas verificações estão bem de acôrdo com a observação anatomo-patologica, que demonstra nos centros nervosos dos neuro-lueticos uma grande infiltração linfo-plasmatica, que nos casos em remissão se modifica, não se encontrando mais *o plasmazelle* e notando-se uma diminuição dos linfocitos.

Nos casos sem sifilis nervosa, além do abundante aumento de celulas, que vai de tres a quatro mil por mm3., encontramos sempre uma polinucleose neutrofila, como si tratasse de uma supuração.

Em um de nossos observados, por exemplo, encontramos a seguinte contagem:

Polinuclear neutrofilo, 90,2 %.
Polinuclear acidofilo, 0,6 %.
Polinuclear basofilo, 0,2 %.
Fórma de transição, 0,4 %.
Mononuclear, 7, 9 %.
Linfocito, 0,7 %

Vê-se pois a diferença nitida de reação entre os casos de sifilis nervosa e os casos de não sifilis nervosa.

O metodo que propomos tem o valor de uma verdadeira biopsia porque retira pela irritação miningea, os elementos celulares que infiltram os centros nervosos.

Juntamos algumas provas microfotograficas em que se podem ver com clareza os tipos de celulas que aparacem nos casos de sifilis e de não sifilis nervosa.

———«*»———

ESTADO DE DESINTEGRAÇÃO LACUNAR DO CEREBRO SENIL

E

SINDROME PSEUDO-BULBAR

(Subsidio ao seu estudo anatomo-clínico)

PELOS

DRS. I. COSTA RODRIGUES E ARY BORGES FORTES

Pierre Marie inicia o seu importante trabalho sobre *o estado lacunar do cerebro* (1), que ele descreveu pela primeira vez em 4900 (Congrès de Medicine), achando "curioso que apezar da frequencia dos fócos lacunares de desintegração, apezar da importancia que esta lesão apresenta, tanto no ponto de vista clinico, como no anatomo-patologico, os autores passam em silencio sobre a mesma ou apenas lhe consagram descrições sumarias". Ainda hoje poucos são os trabalhos sobre a questão, que, além de não estar esgotada, no ponto de vista clinico, ainda encerra muitas interrogações, no que se refere á sua anatomia patologica.

Certo, uma observação minuciosa de um caso de estado lacunar do cerebro, com a sua expressão clinica habitual e um estudo anatomo-patologico cuidadoso, constitue, pela sua documentação, um subsidio, pequeno embora, para o estudo da questão. Registando uma observação anatomo-cli-

(1) Pierre Marie – Les lacunaires – Foyers lacunaires de désintegration. Differents autres états cavitaires du cerveau. Travaux et mémoires. Tome II. Masson, 1928.

nica, aproveitamos a oportunidade que se nos oferece para tentar uma rapida revisão do problema do estado de desintegração lacunar do cerebro, fazendo, a proposito, algumas considerações de ordem clinica e anatomo -patologica.

I – OBSERVAÇÃO ANATOMO-CLINICA

J. L., hespanhol, branco, operario; não sabe informar, ao certo, sua idade; diz que tem 50 anos, mas tem, visivelmente, muito mais. Foi examinado primeiramente em 25 de março de 1934.

Deu entrada no Hospital em estado de excitação psichomotora e confusão mental. Dado o seu estado psiquico não foi possivel obter logo informes acerca de sua doença atual e antecedentes morbidos pessoais e familiares. Depois de alguns dias, tendo melhorado um pouco, logramos então apurar alguns dados: o observado fez, quando moço, uso de bebidas alcoolicas; nega antecedentes venereos e não se recorda de ter tido outras doenças. Interrogado insistentemente sobre a sua doença atual o paciente apenas informa que não sabe porque nem quando o trouxeram para este hospital.

Exame do doente:

Homem de estatura baixa, compleição franzina e em precario estado de nutrição. Apresenta escoriações e equimoses pelo corpo e edemas nos membros inferiores.

Sistema nervoso: – Todas as posições são possiveis. Na posição vertical, o paciente apresenta-se com o tronco levemente inclinado para a frente. Sinal de Romberg, negativo. A marcha é caracteristicamente do tipo denominado "dos pequenos passos": em a executando, o paciente avança por passos pequenos, arrastando os pés sobre o sólo. Todos os movimentos voluntarios são possiveis: fazem-se, porém, um pouco lentamente, principalmente os movimentos de flexão e extensão, aducção e abducção dos membros inferiores. No que toca á mimica psico-cincinetica, merece registo o fato de que certas expressões, como as de riso e chôro, provocadas por emogões ou excitações quaesquer, são conservadas pelo paciente durante algum tempo, como que fixadas, para depois se apagarem lentamente (riso e chôro espasmodicos). No dominio da motilidade involuntaria verificamos um ligeiro tremôr de pequenas oscilações nos niembros superiores, predominante nas extremidades, e bem assim leve

tremôr fibrilar da lingua. A motilidade passiva parece ligeiramente diminuida nos membros inferiores, por leve hipertonia; nos membros superiores não logramos objetivar qualquer perturbação da motilidade passiva nem do tono muscular. Os reflexos plantares estão presentes: não ha fenomeno de Babinski. Os reflexos abdominais estão abolidos. Os reflexos aquileus e patelares estão presentes á direita e diminuidos á esquerda. Os reflexos tendineos e osteo-periosteos dos membros superiores estão presentes. O paciente não apresenta perturbações da sensibilidade subjetiva. Tão pouco logramos apurar qualquer perturbação da sensibilidade objetiva superficial e profunda (o resultado desse exame, porém, deve ser aceito com reservas, dado o estado de enfraquecimento psiquico do observado). Voz monotona e fraca. Disartria. Apresenta tambem perturbações da deglutição, principalmente dos liquidos. As pulpilas reagem bem á luz e acomodam regularmente a distancia.

Exame psiquico. – Apresenta-se ao exame, no momento, em atitude calma, fisionomia tranquila e humôr deprimido. Está desorientado no lugar, meio e tempo. Mostra-se, todavia, mais ou menos orientado quanto á sua pessoa. Attenção diminuida. O paciente responde, embora um tanto demoradamente, a tudo que se lhe pergunta, mas observamos que as respostas dadas muitas vezes não são, adequadas ás perguntas, o que evidencia manifesta incoerencia ideologica. Não apuramos a existencia de alucinações. O paciente está bastante desmemoriado. Ha comprometimento preponderante da memoria de conservação e diminuição da retentividade; assim é que não obtivemos do observado uma data exata sequer rellativa a episodios e fatos principais de sua vida; os proprios mezes do ano e os dias da semana não os sabe dizer em ordem; é incapaz de fixar os nomes de cinco objetos que lhe são mostrados, etc. Associação de idéas lenta, por vezes incoerente. Não apresenta idéas delirantes. No que se refere á afetividade ha que registar: emotividade exagerada e irritabilidade facil.

Exames complementares. – 0 paciente recusou-se a fazer punção lombar, não tendo sido possivel por isso o exame do liquor. A dosagem de uréa no sôro sanguineo deu o seguinte resultado: 0,30 %.

Exame do aparelho cardio-vascular. – Aritmia e reforço da 2ª bulha no fóco aortico.

O doente faleceu em 6 de abril de 1931.

Exame anatomo-patologico:

I. – Exame macroscopico dos centros nervosos: Leve espessamento da pia (encefalo). Não existem alterações dos grandes vasos no sentido da sifilis e da arterio-esclerose.

Fixado o material no formal a 10 % foram feitos córtes vertico-transversaes do cerebro:

1) Córte imediatamente adiante dos pólos esfenoidais – normal.

2) Córte passando pelo pé do peduncudo cerebral: observa-se estado lacunar; grande aumento do espaço perivascular, estando conservados os vasos, cujas paredes não estão, alteradas. Este estado lacunar está mais evidente no *putamen*, na *substancia inominada de* Reichert e no nucleo externo do *globulos pallidus.* Estas lesões estão nitidas nos dois hemisferios. Nesta mesma fatia cerebral observa-se na substancia branca do hemisferio, exatamente abaixo da cortiça cerebral da 1ª circumvolução frontal ascendente direita (profundidade de Fa e lobulo paracentral) fócos de desintegração.

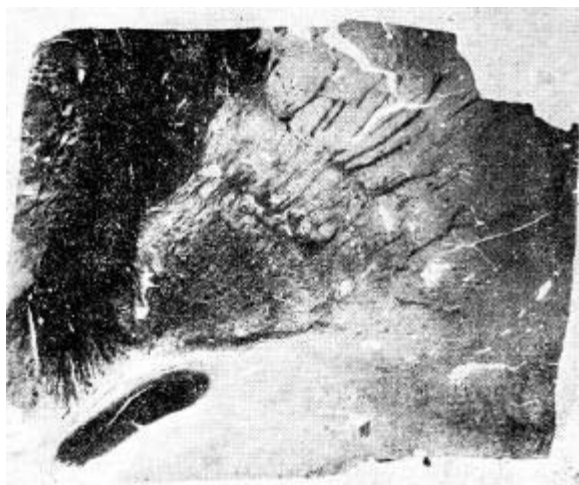
3) Córte passando pela órla do corpo caloso ou splenium – nada que mereça registo.

4) Córte passando pelos lobos occipitaes – nada de anormal.

II – Exame histologico;

1) Córte de Fa direito, pelo metodo de Hortega, para microglia. A primeira vista e com fraco aumento podemos verificar a presença de numerosas *placas senis*. A maior parte destas placas está já perfeitamente evoluida, apresentando corôa e nucleo. Existem inumeras placas em via de organisação. Podemos contar cerca de 20 placas senis por campo, Relativamente á topografia destas lesões, no que diz respeito a Citoarquitetonia, o maior número ocupa as laminas compreendidas entre a 2ª e a 5ª camadas. Na 1ª camada existem algumas placas pequenas e muito afastadas umas das outras. Na 1ª camada, bem como na 6ª, porém, aparecem em grande abundancia. Nas 4ª e 5ª camadas são numerosas e de grandes dimensões. Na parte mais baixa da circumvolução as placas são mais unidas e mais espessas.

Ao metodo de Nissl, no nucleo lenticular, observam-se sinais de proliferação dos elementos endoteliais dos capilares. Existe acentuada atrofia das celulas nervosas.

A glia está aumentada, a julgar pela quantidade enorme dos nucleos. De espaço a espaço encontram-se celulas re-

Figs. 1 e 2 – Nucleo lenticular e região sub-lenticular. Col. myelinica (Nageotte). Pequenas lacunas de desintegração predominantes no putamen. Dismyelinisação do pallidum. Capsula interna bem myelinisada. Diminuição das fibras da alça lenticular.

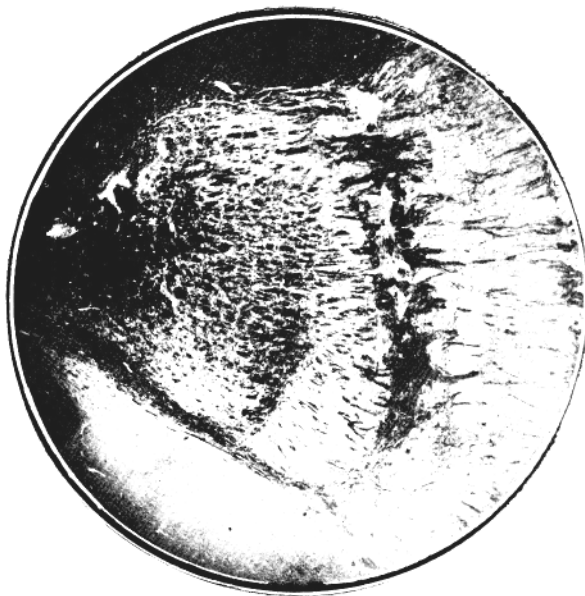



Fig. 3 – Mesmo corte anterior em maior augmento. Observam-se pequenas lacunas com dismyelinisação em torno e dinunuição das fibras myelinicas do pallidum (Photo Zeiss).

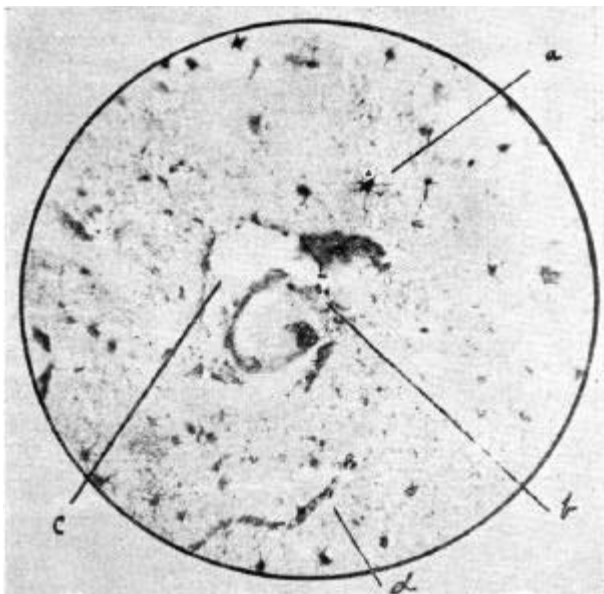



Fig. 4 – Putamen – Metodo do sublimado-ouro de Cajal, para neuroglia. Estado inicial de uma pequena lacuna – *a)* Grande celula de macroglia – *b)* Macrofagos na parede de um vaso – *c)* aumento do espaço privascular – *d)* Capilar normal.
(Aparelho Zeiss, tipo Hegener).

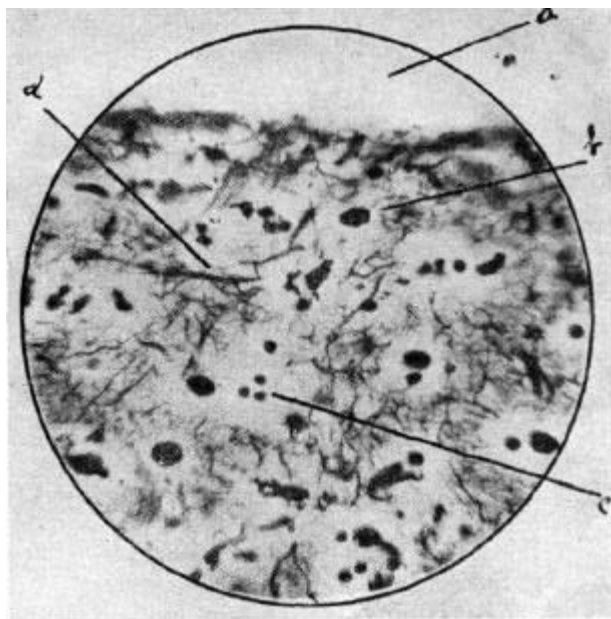



Fig. 5 – Putamen – Metodo do carbonato de prata litinado de Rio Hortega para neuroglia. Parade de uma lacuna – a) Cavidade da lacuna – b) Nucleo da macroglia – c) nucleos de aligodendroglia, em proliferação – d) Grande hipertrofia da glia fibrosa.
(Aparelho Zeiss, tipo Hegener).

ticuladas (gitterzellen), mais evidentes no putamen. Egualmente a oligodendroglia (tipo peri-neuronal de Hortega, as celulas satelites de Cajal) está tambem muito abundante o que faz pensar que estes elementos se multiplicaram. Em certas regiões, existem fguras de neurofagia muito tipicas. Em torno das lacunas ha fraca reação de glia fibrilar. Não existem alterações vasculares nessas regiões nem mielina desintegrada (gordura).

O exame dos nucleos bulbares nada revelou digno de registo.

A medula, ao Weigert-Pal tambem nao apresenta modificações no sentido da degeneração dos diversos feixes.

Trata-se, no caso em apreço, de estado lacunar do cerebro senil, preponderante nos nucleos cinzentos centrais (putamen e globus pallidus). Clinicamente, estado demencial (dem. senil) com uma sindrome pseudo-bulbar, perfeitamente caracterisada.

II – ESTADO LACUNAR DO CEREBRO SENIL

Sob o nome de "lacunas de desintegração cerebral" Pierre Marie (Congres. de Med. 1900; Revue de Med. IV – 1901) e seus discipulos Ferrand, Catola e Léri estudaram determinadas lesões que se encontram com frequencia no cerebro dos velhos. O estado lacunar caracterisa-se pela existencia na substancia cerebral de pequenas cavidades, de contornos mais ou menos irregulares, de pequenas lacunas, cujo volume pode variar do de uma cabeça de alfinete ao de uma ervilha, ou mesmo mais. Tais fócos lacunares encontram-se em número variavel e se distribuem quasi que exclusivamente nas partes centrais do cerebro, ou melhor nos nucleos cinzentos centrais, principalmente no putamen (menos frequentemente na cama otica e na cabeça do nucleo caudato) e na substancia branca visinha, notadamente na capsula interna e centro oval.

Comte (2) pensa que as lacunas de desintegração não são exclusivamente do cerebro e podem ser encontradas, embora mais raramente, na protuberancia.

Foix e Nicolesco (3) são de opinião que as lacunas de desintegração encontram-se de preferencia nos nucleos cin-

(2) A. Conte – Cerveau Senile – Nouveau Traité de Médicine de Roger, Widal e Teissier.

(3) Foix e Nicolesco – Des grands syndromes de desintegration senile cerebro-mesencephalique (Presse méd., 17 IX 923).

zentos centrais e substancia branca visinha; para eles, "todo fóco situado para fóra desta zona tem grandes probabilidades de ser um fóco miliar de hemorragia ou de amolecimento".

P. Marie estudou a configuração intima dos fócos lacunares de desintegração em grande número de preparações microscopicas e assim se expressa (4): "conforme se trata de lacuna recente ou antiga, o aspecto é um pouco diferente; de uma maneira geral, pode-se dizer que este aspecto é o de um amolecimento ou o de uma hemorragia microscopica. Nas lacunas recentes o territorio alterado é infiltrado de abundantes corpos granullosos; as partes centrais contêm um menor número de corpos granulosos e aí os elementos do tecido cerebral são dissociados e em via de regressão, encontram-se faixas de nevroglia e alguns vasos de diversos calibres e a maior parte perfeitamente permeaveis; ainda que mais vezes as suas paredes sejam espessadas, eles são ainda cheios de globulos sanguineos. Num estado ulterior, quando estamos em presença de antigas lacunas, o aspecto é modificado; os corpos granulosos desapareceram, os bordos da lacuna apresentam uma zona esclerosada, de espessura variavel; ao centro forma-se uma cavidade mais ou menos extensa que, por vezes, é atravessada por bridas de tecido conjuntivo contendo no seu interior vasos, um pouco esclerosados igualmente, mas sempre permeaveis; algumas vezes tambem, sobretudo nas lacunas da protuberancia, vemos ainda fibras nervosas, conservando sua bainha de mielina, atravessar, como uma ponte, a cavidade lacunar. Da descrição que vimos de fazer, resalta que, como já deixamos dito, o aspecto é bem o de um amolecimento microscopico". Mas, pergunta P. Marie, qual é exatamente o processo pelo qual as alterações vasculares determinam esta "desintegração" do tecido cerebral? A resposta ele proprio no-la dá: "sobre um córte horizontal do cerebro constata-se, á simples inspeção, que os vasos situados no nucleo lenticular fazem, sobre a superficie do córte, uma saliencia anormal, que suas paredes têm uma palidez particular. Com o auxilio do microscopio observa-se o espessamento de suas diferentes tunicas, espessamente que é, conforme os casos, mais notavel sobre a tunica externa, média ou interna. O número dos nucleos é exagerado. Além disso, os espaços perivasculares apresentam, de uma maneira quasi geral, uma dilatação mais ou menos acentuada, a qual se acompanha ordi-

(4) P. Marie, trabalho citado.

nariamente de um certo gráo de rarefação do tecido nervoso que as limita. Estas alterações são sobretudo manifestas sobre os pequeno vasos que percorrem os nucleos cinzentos centrais, mas as encontramos tambem sobre os troncos mais volumosos das arterias lenticulo-estriadas e lenticulo-oticas, no ponto em que penetram no cerebro e tambem sobre os vasos da base do cerebro e sobre o tronco basilar".

P. Marie assinalou nos estados de desintegração lacunar a concomitancia de multiplas alterações outras do encefalo: atrofia de certas circumvoluções, dilatação dos ventriculos e, ás vezes, ligeira atrofia dos nucleos cinzentos centrais, adelgaçamento do corpo caloso; a presença em ponto de sua corticalidade (polo orbitario ou polo temporal) de lesões caracterisadas pela destruição limitada da substancia cinzenta da corticalidade, com produção de alveólos (estado "vermoulu"). Para P. Marie, a associação de tais lesões ao estado de desintegração lacunar não está simplesmente ligada a senilidade, mas tambem á arterio-esclerose concomitante: "Parece, com efeito, que a arterio-esclerose seja aqui o elemento mais importante, ficando entendido que este termo arterio-esclerose é tomado na sua significação mais ampla, isto é, implicando uma alteração dos espaços linfaticos, tanto ao nivel das paredes vasculares e de suas bainhas, como ao nivel das serosas. Poder-se-ía, pois, figurar o processo anatomo-patologico da formação das lacunas da maneira seguinte: sob a influencia das causas gerais produtoras da arterio-esclerose os vasos que efetuam a irrigação do cerebro se alteram, a nutrição do orgão se resente, suas diferentes partes se atrofiam, o que contribue para a dilatação dos ventriculos e dos espaços perivasculares; as lesões vasculares continuando a progredir, dão lugar á rutura ou obliteração de um ou varios ramusculos, donde a produção de uma ou varias lacunas, porque é sabido que nas partes centrais do cerebro a disposição dos vasos é terminal, quer dizer que ha pouca ou nenhuma anastomose, de tal sorte que todo territorio cujo vaso nutridor é obliterado encontra-se forçosamente condemnado, á necrobiose". "Em um certo número de lacunas, entretanto, a nossa atenção é fixada no fato de que no centre do fóco mesmo do necrobiose, encontram-se vasos de calibres diversos permeaveis e cheios de globulos sanguineos; parece que estes vasos poderiam ter preservado da necrobiose o territorio no qual caminham". "Por outro lado, em certos casos, a dilatação dos espaços peri-vasculares é muito pronunciada e se acompanha de alterações do tecido nervoso adjacente; tambem poder-se-ía perguntar

si a produção de certas lacunas não seria atribuivel á uma especie de vaginalite destrutiva, que determinaria a alteração do tecido nervoso contiguo por uma como que corrosão progressiva".

Catola (5) acredita que as lacunas de desintegração são devidas a um processo de encefalite esclerosa cronica, secundaria a uma perturbação da nutrição e a uma desintegração do tecido nervoso por lesões vasculares de arterio-esclerose. Mas estas lesões teriam um carater especial, diferente do carater ordinario das lesões de arterio-esclerose, elas comprometeriam, essencialmente a tunica externa e a bainha linfatica, poupando quasi completamente as tunicas interna e média. Catola tambem admite que ha um processo de vaginalite sub-aguda ou cronica e é de opinião que talvez a sifilis, como outros fatores toxicos; represente um elemento etiologico capaz de orientar as lesões vasculares num certo sentido.

Léri (6) é de opinião que não se pode restringir o processo lacunar a uma vaginalite de tendencia destrutiva ou a uma encefalite secundaria, a uma perturbação da nutrição do tecido nervoso por lesão dos vasos ou de sua bainha. O relator do "Le cerveau senile" conclue que as lacunas de desintegração têm sempre uma origem vascular, mas por mecanismos diferentes: "Ora elas são a consequencia de uma inflamação da bainha linfatica perivascular, com destruição excentrica progressiva ou alteração trofica do tecido nervoso visinho, o que ocorre sobretudo nos casos de arterio-esclerose de origem sifilitica, a sifilis sendo particularmente frequente nos antecedentes dos lacunares, segundo Ferrand e Catola; ora, sem duvida, esta perturbação trofica é devido á estenose arterio-esclerotica; enfim, ela, é devida, seja a resorpção de uma hemorragia miliar, seja a um verdadeiro amolecimento miliar, por obliteração arterial. E assim está justificada, conclúe Léri, a nota feita inicialmente por P. Marie de que o aspecto das lacunas é o de um amolecimento ou o de uma hemorragia microscopica e que sua produção é devida, sem duvida, a uma rutura ou obliteração de um ou varios ramusculos vasculares préviamente lesados, talvez em certos casos a uma especie

(5) atola – Etude clinique et anatomo-pathologique sur les lacunes de desintegration cérebrale. Revue de med., 1904. Citado por A. Léri (Rapport sur le cerveau sénile).

(6) Andre Leri – Rapport sur "Le cerveau sénile" – Congrés de Medicins Alienistes et Neurologistes de France. Lille, 1906.

de "vaginalite destrutiva", com corrosão progressiva do tecido nervoso contiguo".

Mais recentemente, Foix e Nicolesco (7) estudaram a evolução do processo de desintegração lacunar nos seus sucessivos estados: a) desintegração para-vascular; b) estado pré-crivado e crivado; c) estado lacunar.

Ivan Bertrand (8), por sua vez, faz um bem documentado estudo das lacunas de desintegração no seu importante trabalho sobre "Les processus de désintégration nerveuse". O conceituado discipulo de Pierre Marie aborda a questão no capitulo ern que trata dos processos de desintegração do cerebro senil e arterio-esclerotico e assim se manifesta: "O estado lacunar de Pierre Marie, o estado crivado, o estado pré-crivado de Vogt, são lesões extremamente visinhas e que convem estudar num mesmo grupo. Consideremos, diz ele, uma arteria lenticulo-estriada, na espessura do putamen. Percebemos em volta da mesma uma rarefação da substancia nervosa fundamental. Os espaços perivasculares não são ainda dilatados, mas sobre as preparações de Weigert Pal constatamos uma fragilidade maior do tecido nervoso perivascular. As fibras de mielina que atravessam esta zona são esbranquiçadas, sinuosas, nitidamente empobrecidas em mielina. Quando a mema desintegração perivascular se reproduz em todos os vasos dos nucleos cinzentos da base, sem que os espaços perivasculares sejam dilatados, pode-se concluir por um *estado pre-crivado* daqueles nucleos. Este aspecto pode se reproduzir nas diferentes porções do encefalo; si os nucleos cinzentos são os mais frequentemente atingidos, o centro oval e o eixo branco das circumvoluções não são sempre poupados. Em um gráo mais avançado, a substancia nervosa fundamental, imediatamente contigua aos vasos, experimenta uma fusão completa. A trama nevroglica se resolve e o espaço linfatico perivascular aparece enormemente dilatado, atravessado por finas traves nevroglicas que se vão inserir sobre a tunica adventicia. Para lá do espaço perivascular dilatado, a substancia nervosa fundamental é empobrecida; e por sua desintegração progressiva estende cada vez mais o espaço perivascular. Em urn dado momento, a fina arteriola parece perdida no seio de um espaço 40 a 50 vezes mais volumoso que ela propria; neste espaço linfatico perivascular encon-

(7) Foix e Nicolesco, loc. cit. Presse Med., 17 – IX – 1923.

(8) Ivan Bertrand – Les processus de désintégration nerveuse. Masson, 1923, pág. 118.

tram-se geralmente muito poucas celulas, com alguns corpos da serie proteica: corpos amiloides e frequentemente corpusculos metacromaticos". "Quando á metaplasia linfo-vascular adventicia, é um fato absolutamente excepcional, geralmente em relação com fócos mais importantes de amolecimento ou de hemorragia de visinhança". "A multiplicação de lacunas num mesmo nucleo cinzento, constitue *o estado lacunar* de Pierre Marie, absolutamente identico, histologicamente, ao *estado crivado de Vogt*." "A unica diferença entre estas denominações é que o estado lacunar se aplica geralmente aos nucleos cinzentos, emquanto que o estado crivado se refere mais especialmente ao centro oval e geralmente aos territorios fortemente mielinisados". "As lacunas são, pois, esquematicamente, dilatações de bainhas perivasculares, com rarefação da substancia nervosa fundamental".

* * *

Do estado de desintegração lacunar convém distinguir, para uma melhor apreciação dos fatos que estamos estudando, outros estados cavitarios do cerebro.

O chamado estado crivado de Durand Fardel caracteriza-se pela existencia, na substancia branca do cerebro, de cavidades muito menores e de dimensões mais uniformes, regulares e nitidamente limitadas por um tecido nervoso absolutamente são. Para Durand Fardel (9) o estado crivado é o resultado de uma congestão cronica do cerebro, (congestões repetidas). Bizzozero liga o estado crivado a uma dilatação das bainhas linfaticas perivasculares de His. Para Pierre Marie o estado crivado é devido unicamente á retração em massa do parenquima cerebral, todas as cavidades tendo tendencia a dilatar-se. Essa tambem a opinião de Leri.

O estado "vermoulu" corresponde a uma "destruição limitada da substancia cinzenta cortical com produção de alveolos" (Pierre Marie) e é uma lesão essencialmente senil que se apresenta sob a forma de verdadeiras ulcerações corticaes, de bordos irregulares, policiclicos. Sua séde de predileção é polo orbitario ou o polo temporal, mas tais lesões podem ser observadas em toda a região da superficie ou pelo menos nos dois terços anteriores da convexidade e da base (Leri). "A forma em cunha de base periferica destes

(9) Durand-Fardel – Traité des maladies des vieillards (citado por Léri).

focos de desintegração superficial, sua limitação á camada cinzenta e á parte mais periferica da camada branca, isto é sobretudo á zona das pequenas arterias provenientes da rede pia-mariana, as arterias nutridoras curtas, deviam fazer supor, diz Leri, que uma obliteração arterial era a causa deste verdadeiro amolecimento". "Na realidade, continúa o relator de 1906, encontramos constantemente pequenos vasos de parede espessa, mas nunca obliteração vascular completa. Leri observou ainda outras lesões: O desaparecimento mais ou menos completo das fibras tangenciaes, grande proliferação da neuroglia nas circumvoluções que apresentavam esta ulceração superficial. "Não se trata de um amolecimento trombosico por arterio-esclerose, mas sim de uma desintegração progressiva cuja causa intima deve, sem duvida, ser procurada, tambem, nas lesões arterio-esclerosas dos vasos (Leri).

Na *porose cerebral* as cavidades, que podem atingir o volume de um grão de feijão ou o de uma pequena nóz, destribuem-se em todas as partes do encefalo, em número variavel (aspecto de queijo de Gruyére). Pierre Márie considera este estado cavitario como sendo o resultado de alterações cadavericas.

Por extensão, segundo Ivan Bertrand, "são designados tambem sob o nome de lacunas certos fócos minusculos de amolecimento, sem relação imediata com os vasos e do mesmo volume que a lacuna habitual; a lesão é na realidade histologicamente diferente; ela consiste num amolecimento puntiforme, com muitos corpos granulosos e nitidamente em relação com lesões trombosantes visinhas; ao contrario, a lacuna verdadeira não parece ligada a lesões de endarterite, habitualmente a endarterite do centro lacunar mostra-se absolutamente normal". "As pseudo-lacunas por amolecimentos puntiformes são observadas no centro oval e nos nucleos cinzentos, mas têm sua séde de predileção no tronco cerebral e mais especialmente no pé da protuberancia".

* * *

Na nossa observação, bem o vimos, não havia alteração dos grandes vasos no sentido da arterio-esclerose ou da sifilis. Em um corte vertico-transversal do cerebro (passando pelo pé do pedunculo cerebral) observamos *estado lacunar* caracteristico. Ha grande aumento do espaço perivascular, os vasos estão relativamente bem conservados e suas paredes não estão alteradas. Este estado lacunar é

mais evidente no *putamen, no nucleo externo do globus pallidus, na substancia inominada de Reichert* (nos dois hemisferios). Observa-se tambem menor comprometimento da substancia branca do hemisferio direito, exatamente abaixo da cortiça cerebral da primeira circumvolução frontal ascendente (profundidade de Fa e lobulo para-central).

O exame histologico demonstrou além do mais a existencia de numerosas placas senis (corte de Fa direita). Podemos contar cerca de 20 placas senis como média entre muitos campos.

Em resumo: – no caso em apreço ficou constatada a existencia de demencia senil com estado de desintegração lacunar preponderante no putamen, no nucleo externo do globus pallidus e na substancia inominada de Reichert. A nossa observação é, sem duvida, muito instrutiva, por isso que condiciona um estado de desintegração lacunar, quasi que exclusivamente no dominio dos nucleos cinzentos centrais, num cerebro senil, sem outras alterações caracteristicas da arterio-esclerose (alteração das paredes dos vasos, fócos de amolecimento, etc.).

Tão pouco não foi verificada qualquer alteração no sentido da sifilis.

* * *

A maior parte dos autores, como deixamos dito linhas acima, é de opinião que as lacunas de desintegração têm uma origem vascular, variando, porém, o mecanismo pelo qual se processa a sua formação.

O que é certo é que se trata de um processo de desintegração peculiar á senilidade, com alteração trofica do tecido nervoso fundamental, ligada, ao que parece, a alterações vasculares, que, não raro, escapam a nossa objetivação, com os meios de que dispomos.

A natureza intima dessa alteração dos vasos e do tecido nervoso fundamental é que ainda encerra muita obscuridade. A arterio-esclerose estará sempre em causa? Não concorrerão outros elementos causaes ainda mal elucidados?

Pierre Marie falava em "uma especie de vaginalite destrutiva, que determinaria a alteração do tecido nervoso contiguo, por uma como que corrosão progressiva" e, mais recentemente, Ivan Bertrand confirmou a noção que considera as lacunas como o resultado de dilatações das bainhas perivasculares, com rarefação da substancia nervosa fundamental.

Em verdade, os processos da senilidade, em geral, comportam inumeras incognitas. Não é certo, por exemplo, que ainda não está suficientemente esclarecida a fisiopatogenia da placa senil – essa curiosa lesão da senilidade? Aqui tambem, a causalidade é muito obscura. E' de toda oportunidade lembrar agora o que, a proposito, escreveu Helion Povoa, num recente e bem documentado trabalho (10): "A causalidade é mais provavelmente um metabolismo viciado (toxicose) que insuficiente (hipoemia), pela sua absoluta insulação dos processos arterio-escleroticos cerebraes. Quaesquer que sejam suas origens, no seu descobrimento se empenham inumeros pesquizadores, com os mesmos ardores dos alquimistas, sem todavia o empirismo grosseiro – a toxicose cerebral senilisante é virulenta a julgar-se pelas profundas lesões que ocasiona. Em tempos chegamos a pensar – sem que arquitetassemos teoria, porque sempre util só quando fundamentada em dados concretos – ser essa toxicose resultante de um defeito eliminatorio dos produtos inuteis restantes da atividade funcional do cerebro, substancias de desassimilação, sempre toxicas, e indispensavelmente destinada a eliminação". Nesse caso a senilidade cerebral deixaria de ser provocada por causa extranha ao nobre orgão: seria no cerebro e do cerebro". "Não havendo deficiencia de permeabilidade meningéa na demencia senil pelo contrario quasi sempre aumento (Walter, Bau e Leon Prussak), não se poderia apelar para uma ausencia de derivação pelo liquor". "Quem sabe, continua Helion Povoa, não condiciona a atrofia progressiva da velhice normal uma angustia das vias de eliminação sobretudo as ditas "aberrantes", de grande valor funcional no trabalho eliminatorio cerebral, não dependentes das vias sanguineas e linfaticas".

Uma tal toxicose – produto de um metabolismo viciado – não poderia tambem ser invocada como um dos fatores causais (direta ou indiretamente) do processo de desintegração, que vimos de estudar?

III – SINDROME PSEUDO-BULBAR

A sindrome pseudo-bulbar constitue a expressão clinica mais comum do estado lacunar de Pierre Marie. E compreende-se bem que assim o seja, tendo em vista que as lacunas

(10) Helion Povoa – Subsidio ao estudo histopathologico da placa senil. These de Docencia livre. 1929.

de desintegração predominam nos nucleos cinzentos centraes e substancia branca visinha.

Si é verdade que as novas aquisições têm concorrido para esclarecer um pouco o problema fisiopatologico da sindrome em questão, não é menos certo que a sua fisionomia clinica, tal como fôra fixada pelos classicos, em quasi nada foi alterada. Mas o apuro semeiologico dos nossos dias e a analise mais completa dos diferentes sintomas concorreram para ampliar o acervo, já rico, da sindrome em apreço.

O começo da sindrome pseudo-bulbar via de regra tem lugar depois de varios pequenos ictus sucessivos, que, mais vezes, não se acompanha de perda de consciencia e consistem apenas em estados passageiros de obnubilação, de vertigens, etc. Geralmente a doença se desenvolve de maneira progressiva, com alternativas de agravações subitas e regressões de determinados fenomenos. Mais raramente, a sindrome pseudo-bulbar, instala-se em consequencia de um só ataque apopletico, como ocorreu no caso publicado por Gustavo Riedel (11).

A triade sintomatica – perturbação da fonação, as deglutição e da mimica – não perdeu a sua preponderancia no quadro clinico. As perturbações da fonação e da articulação dos sons constituem expressões sintomaticas da sindrorne pseudo-bulbar que vêm merecendo nestes ultimos anos escudo analitico apurado.

A voz perde sou timbre habitual e tambem a diversidade de entonação natural. A voz é fraca, imperceptivel, ha um certo gráo de afonia. A disartria é devida a um comprometimento funcional dos musculos dos labios, da lingua e dos maxilares, cujas contrações são perturbadas, ora pela paresia, ora pela hipertomia, ou, como muitas vezes ocorre, pelos dois fatores associados. De ordinario, a imperfeição motora é devida mais á rigidez espasmodica que á paresia (R. Thurel (12). *Claude e Alajouanine* (13) descreveram num portador de sindrome pseudo-bulbar, com rigidez muscular generalizada, uma anartria por hipertonia.

(11) Gustavo Riedel – Estudo clinico sobre um caso de paralysia pseudo-bulbar. Archivos Brasileiros de Neurologia e Psychiatria (1908).

(12) R. Thurel – Les pseudo-bulbaires. Paris, 1929.

(13) Claude e Alajouarine – Hypertonie généralisée avec troubles d'aspect pseudo-bulbaire, rire et pleurer spasmodiques chez un adulte; localisation pallidale propable (*R. Neurol.,* Mai, 1922).

Os caracteres da disartria variam de um caso a outro, conforme o comprometimento mais ou menos acentuado de determinados orgãos da fonação.

As perturbações da deglutição não se verificam com a mesma intensidade. A dificuldade de deglutição dos solidos é muito menor que a dos liquidos. Nos casos adeantados, a simples conservação dos alimentos na boca, bem como a mastigação, se fazem com grande dificuldade. Nos pseudo-bulbares com diplegia labio-linguo-faringo-mastigadora, particularmente, tais perturbações são acentuadas (R. Thurel). Mas, em regra, os disturbios da deglutição são muito menos graves do que os da fonação, o que, aliás, se compreende bem, principalmente quando se atenta para a circumstancia de que "a deglutição é um ato menos cerebral que a palavra e bem assim que os nucleos bulbares conservam sua atividade reflexa".

Os fenomenos paraliticos verificados nos pseudo-bulbares, convem frisar, não se acompanham de atrofia muscular dos musculos paralisados e estes apresentam reações eletricas normais. Tais paralisias, além do mais, são variaveis na sua intensidade e quasi sempre não são proporcionaes ás perturbações funcionais apresentadas pelos doentes. "Em certos casos a importancia da disartria e da desfagia contrasta com uma mobilidade que parece mais ou menos normal ao exame dos orgãos correspondentes'.

Os autores classicos falam em *facies* atonica nos pseudo-bulbares. Em verdade, porém, a não ser nos casos de pseudo-bulbares corticais, com diplegia facial, nos quais os musculos da face se apresentam paralisados e atonicos, – na maioria dos doentes observamos *facies* mais ou menos hipertonica, por vezes imovel, parada, inexpressiva.

Expressões reflexas psico-sincineticas peculiares aos pseudo-bulbares, são as "crises de riso e chôro espasmodico". Trata-se de um processo convulsivo, mais ou menos intenso e prolongado, de uma contração dos musculos da face, sobretudo dos peribucais, transformando subitamente a fisionomia. Tratando da questão, em um trabalho publicado em colaboração com o Dr. J V. Colares (14), assim nos manifetamos: "Nenhuma duvida pode subsistir, pensamos, de que tal sintoma esteja ligado á hipertonia muscular hipercinetica paroxistica e á exagerada emotividade apresentada pelos pacientes, fenomeno este ultimo de origem

(14) J. V. Colares e I Costa Rodrigues – Sindrome pseudo-bulbar – Archivos Brasileiros de Medicina.

cortico-talamica, como Brissaud já o entrevira e opina Austregésilo" "O proprio Claude que com Alajouanine procurou aproximar aquelas crises da "hipertonia paroxistica desencadeada pelo esforço muscular" afirma que as lesões multiplas verificadas nos pseudo-bulbares (lesões capsulares, do corpo estriado e do talamo optico) explicam os disturbios motores e os da mimica, porque para Brissaud a cama otica seria a séde dos reflexos coordenadores dos movimentos expressivos da face (satisfação, tristeza, riso, pranto)".

O riso e o choro espasmodicos são provocados por uma excitação psiquica afetiva, a qual pode ser insignificante, havendo, não raro, contradição, pelo menos aparentemente, entre a excitação psiquica e a reação mimica.

Para R. Thurel "a hipertonia e a hiperexcitabilidade musculares representam o principal papel no determinismo do riso e chôro espasmodicos". "O estado pareto-espasmodico dos musculos é sobretudo acentuado nos pseudo-bulbares estrio-piramidaes, mas ele existe egualmente nos pseudo-bulbares protuberanciais (Dufour et Thiers)". "Não nos parece necessario procurar um centro dos movimentos de expressão das emoções na cama otica ou no corpo estriado. O ponto de partida destes movimentos é psíquico".

Na maioria dos pseudo-bulbares a motilidade voluntaria não é abolida, mas apenas diminuida ou perturbada pela paresia dos musculos e mais frequentemente pela hipertonia. Os movimentos voluntarios elementares são relativamente bem conservados, emquanto que as funções para as quaes eles concorrem, como componentes que são, acham-se perturbadas.

Geralmente os pseudo-bulbares apresentam nos membros superiores e inferiores certa lentidão, fraqueza e discontinuidade na execução dos movimentos. Dir-se-ia melhor apresentarem eles bradikinesia, no amplo sentido que lhe deram *Verger e Cruchet* (45).

A marcha de pequenos passos foi descrita por Brissaud e Dejerine nos pseudo-bulbares e estudada por Pierre Marie nos lacunares. Os membros inferiores se mantêm mais ou menos rigidos, as pernas ligeiramente fletidas sobre a coxa e esta sobre a bacia, o tronco levemente inclinado para a frente, os membros superiores apenas balançam durante a marcha,

(15) H. Verger e R. Cruchet – Les etats Parkintonieno et le Syndrome Bradykinetique. Paris, 1925.

e, nessa atitude, o doente avança de tal forma que o pé levado á frente apenas passa o que fica atraz.

A astasia-abasia tambem tem sido registada. E' que os doentes, por isso mesmo que se sentem diminuidos fisica e funcionalmente, receiam cair; um fator de ordem emotiva intervem muito certamente na genese daquela perturbação.

Têm sido registadas interessantes perturbações do tono muscular nos pseudo-bulbares. Os autores insistem modernamente na frequencia da hipertonia extra-piramidal e particularmente numa hipertonia estatica, observada em determinados doentes e responsavel pelas perturbações da estatica e da marcha. "Parece tratar-se de uma rigidez de desiquilibrio, a qual, ao mesmo tempo que permite ao doente reforçar sua estatica, impede o restabelecimento de seu equilibrio, quando este é mais fortemente comprometido" (R. Thurel).

Na observação que documenta estas notas registamos leve hipertonia nos membros inferiores. As perturbações funcionais da marcha, no caso, porém, são muito mais acentuadas do que se poderia supor, tendo em vista a pouca intensidade daquela hipertonia. A razão desta discordancia está, justamente, ao que pensamos, na agravação que experimenta a hipertonia de fundo na posição vertical e durante a marcha, por isso que a ela se superpõe a hipertonia estatica.

Os pseudo-bulbares, não raro, apresentam paralisias dos membros; ora, uma hemiparesia transitoria, ora uma hemiplegia definitiva, com contratura e hiper-refletividade tendinea. As hemiplegias bilaterais são mais raramente observadas.

Na maioria dos casos da sindrome que estamos estudando, os reflexos tendineos apresentam-se vivos, mas o estado da refletividade pode variar de acôrdo com determinadas circumstancias.

A sensibilidade superficial, nas suas diferentes modalidades é mais ou menos conservada e ás vezes um pouco aumentada. Não raro verificamos hiperalgia, fato, sobre o qual Lhermithe já havia insistido na sua tese (16).

O estado mental dos pseudo-bulbares é frequentemente comprometido. O enfraquecimento da memoria não segue, em regra, exatamente a lei da regressão demencial de Ribot. A amnesia intelectual é mais vezes irregular. Inicialmente

(16) Lhermitte – Etude sur les paralysies des vieillards – These. Paris, 1907.

é comprometida a memoria das noções aprendidas intelectualmente; depois desaparecem as noções aprendidas mecanicamente, na juventude, e tornadas automaticas. Ao mesmo tempo surgem perturbações no dominio da afetividade: hiperemotividade, perda dos sentimentos altruistas, etc. A atenção é diminuida e a associação de idéas não raramente é perturbada.

Multiplos são os sintomas que se enxertam accessoriamente á sindrome pseudo-bulbar, condicionando associações clinicas complexas e variadas.

R. Thurél admite tres formas anatomo-clinicos: a) formas corticaes ou melhor cortico-subcorticaes; b) formas protuberanciais; c) formas centrais. Estas últimas, que são, aliás, as que mais comumente estão ligadas ao estado lacunar de Pierre Marie, apresentam diferentes tipos clinicos: 1) com marcha de pequenos passos; 2) forma parkinsoniana; 3) com hemiplegia; 4) com paraplegia em flexão.

A paraplegia em flexão é uma das formas de determinação das sindromes de desintegração encefalica progressiva. Trata-se de uma paraplegia em flexão de origem cerebral, diferente, da paraplegia em flexão de origem medular tão bem estudada por Banbiski. Alajouanine (17), num trabalho magnifico estudou, sobre varios aspectos a paraplegia em flexão dos pseudo-bulbares.

* * *

E' noção assentada, hoje, que a sindrome pseudo-bulbar, pode depender, quer da paralisia funcional dos musculos da fonação, da deglutição, etc., quer de perturbações motoras não paraliticas, de origem estriada.

A sindrome pseudo-bulbar de *origem paralitica,* está em relação com uma ou mais lesões que incidem sobre as vias motoras piramidais, operculo-geniculo-bulbares, notadamente. Mas, por isso mesmo que os musculos que presidem á fonação e a deglutição são musculos cuja ação é habitualmente sinergica com os do lado oposto, mistér se faz que o processo lesional seja bilateral.

Outros estados pseudo-bulbares, ha, porém, que reconhecem, ao contrario, uma ou mais lesões dos nucleos cinzentos centraes: são de *origem estriada.* Alguns autores responsabilisam apenas o corpo estriado (nas suas componentes

(17) Th. Alajouanine – Les paraplegia en flexion terminales des pseudo-bulbaires. Paris Médicale. Outubro, 1926.

estriatum e pallidum), mas outros opinam que está em causa toda a massa optico-estriada (corpo estriado e cama optica).

A. Comte (18) é de opinião que se trata de sindrome palidal emquanto que *Souques* e *Claude* são de parecer que as lesões se distribuem quer no corpo estriado, quer no talamo otico. Lhermitte, por sua vez, é partidario da localisação estrio-palidal. Em trabalho anterior, já referido, em colaboração com J. V. Colares, expendemos, a proposito, o nosso ponto de vista: "Parece-nos que, na sindrome em apreço, considerada sua modalidade extra-piramidal, ha predominantemente fenomenos de ordem palidal (hipertonia muscular, bradicinesia, acinesia) e fenomenos talamicos, constituindo um complexo simtomatico talamo-palidal". Esse nosso modo do pensar encontrava apoio em varias observações que, com o nosso mestre – o Prof. Austregesilo, tivemos ocasião de acompanhar até á comprovação anatomica; assim é que documenta o referido trabalho uma observação de um caso de sindrome pseudo-bulbar, perfeitamente caracterisada, no qual verificamos, anatomicamente, fócos de amolecimento no corpo estriado, talamo otico e capsula interna do lado direito, além de um pequeno fóco na cortiça cerebral, (região fronto-parietal) do lado oposto.

Na observação de agora, verificamos que o *talamo otico* não está, lesado, emquanto que o *putamen,* o *globulos palidos* e *substancia inominada de Reichert,* estão comprometidos (lacunas de desintegração). A intervenção do talamo não é, pois, um fato constante; um maior número de observações anatomo-clinicas virá certamente dirimir a questão.

Cada uma das formas anatomo-cilnicas acima estudadas não é encontrada com frequencia em estado de pureza. Na clinica verificamos, ao contrario, ordinariamente, formas associadas, caracterizadas por simtomas de ambos os tipos.

Outro problema que necessita ser abordado, embora rapidamente, é o que diz respeito á bilateridade das lesões determinantes da sindrome em questão. Com relação ás formas ditas paraliticas o fato parece quasi definitivamente assentado, mas no que toca ás formas estriadas ainda subsite alguma duvida (Comte).

E' verdade que têm sido registados alguns casos de paralisia pseudo-bulbar por lesões encefalicas unilateraes, mas tambem é certo que em varios casos, considerados a

(18) Conte – Paralysie pseudo-bulbaire. Trat. de Médicine Roger-Widal-Teissier, fasc. XIX.

principio unilateraes, foram encontradas lesões bilateraes. A questão continúa aberta.

Na nossa observação, transcrita linhas atrás, o processo lesional é bilateral. Numa das observações que documentam o trabalho já citado sobre "Sindrome pseudo-bulbar", que publicamos com J. V. Colares, foi verificada a existencia de lesões centrais (corpo estriado, talamo otico e capsula interna), de um lado, e lesões de menor importancia na cortiça cerebral do lado oposto.

A sindrome pseudo-bulbar pode ser observada em diversas circumstancias etiologicas. Na maioria dos casos ela reconhece uma origem vascular: arterite cronica ou arterioesclerose, determinando lesões em fóco. Em alguns casos têm sido verificadas lesões difusas, processo de encefalite predominante nos nucleos cinzentos centraes, placas de esclerose, etc. Cunha Lopes e A. Vasconcellos, registaram, entre nós, um caso de sindrome pseudo-bulbar na paralisia geral senil (19). Convem tambem não ser esquecida, principalmente entre nós, a tripanosomose americana "de cuja forma nervosa é a sindrome pseudo-bulbar o tipo mais encontradiço" (J. V. Colares) (20).

No nosso caso – a sindrome em questão está ligada ao estado de desintegração lacunar do cerebro, cujo estudo fizemos no capitulo anterior. E' oportuno lembrar aqui que um tal complexo anatomo-clinico mereceu do espirito arguto de Grasset a denominação de "cerebro-esclerose progressiva".

————«*»————

(19) Cunha Lopes e A. Vasconcellos – Paralysia geral senil e syndrome pseudo-bulbar – Brasil Medico, 1928.

(20) J. V. Colares – A fórma nervosa da Molestia de Chagas. Rio, 1925.

HENIPLEGIA CAPSULAR E LESÕES PIRAMIDO-EXTRA-PIRAMIDAIS

PELO

DR. AUSTREGESILO FILHO

A escola neurologica brasileira ha já vários anos defende a doutrina que a contrátura da hemiplegia chamada capsular é piramido-extra-piramidal. Para sustentar estas idéas do professor Austregesilo escreveu o Dr. Teixeira Mendes uma tése *ad-venia docendi* sôbre êste assunto, e o professor Austregesilo, no n. 1 do *Encéphale* de 1928, resumiu de modo claro o seu modo de pensar.

"Examinando muitos doentes observei que os fenomenos hipertonicos extra-piramidais, isto é, estriados ou palidais, complicam frequentemente as hemiplegias capsulares comuns."

Ora, as idéas classicas sôbre a hemiplegia capsular consideram o aparecimento de sinais extra-piramidais como excepcionais, sendo a sindrome piramidal constante.

Klippel e R. Monier-Vinard quando fazem o estudo das hemiplegias no tratado de semiologia nervosa (1) assim se pronunciam a proposito das hemiplegias capsulares:

"L'interruption des fibres motrices au niveau de la capsule peut être exactement limités à ces fibres avec l'intégrité des formations ganglionnaires qui les avoisinent, mais très souvent aussi il y a lésion concomitante des noyaux gris centraux, 1'hemiplégie est alors capsulo-thalamique, capsulo-lenticulaire."

No decorrer do estudo dêsse tipo de hemiplegia esses autores encaram sobretudo os casos de lesões bi-laterais.

Os autores em geral, responsabilizam a via motora pêla sintomatologia das chamadas lesões capsulares. Austregesilo declara entretanto que os seus estudos clinicos e anato-

micos o levaram á conclusão de que nas hemiplegias capsulares habituais os estados extra-piramidais, complicam as lesões piramidais e que a contrátura ou hipertonia é mixta, isto é, piramido-extra-piramidal. Para documentar o seu ponto de vista êste autor se valeu de fátos semiologicos, fátos anatomicos e das observações dos autores e pessoais. Destes elementos nós citaremos apenas os semiologicos pois que os outros já são bem conhecidos.

Assim, diz o professor Austregesilo, nas hemiplegias comuns, quando queremos distender a contrátura, sobretudo do membro superior, êste membro póde tornar-se fiácido ou a contrátura fica diminuida.

"A hipertonia que póde desaparecer pêlo esfôrço ou pêlo repouso, depende do sistema extra-piramidal". "Por um processo contrário póde-se fazer aparecer hipertonia extra-piramidal movendo o membro enfermo, sobretudo o membro superior do lado paralizado, quando êste se encontra em um gráu de menor hipertonia obtido pêlo repouso ou pêla distenção. Se nós lhe imprimimos movimentos sucessivos de flexão e extensão, verificamos aumento do tonus muscular dos musculos atingidos pêla hemiplegia; a contrátura torna-se mais forte, intermitente ou constante". "O terceiro argumento que lança mão o autor é o que se refere á hipertonia discreta que por vezes se observa no chamado lado são, e que ele responsabiliza parcialmente os nucleos da base". O ultimo documento refere-se á sintonia do automatismo de Roussy e Cornil. Estes dois últimos autores fazem-na depender de uma lesão do estriatum.

Nós, que conseguimos acompanhar a evolução de cinco casos de hemiplegia, tivemos oportunidade de estudá-los anatomo-patologicamente. Um último caso inédito pertence á observação clinica do professor Vampré e anatomia do Dr. M. Amorim. Agradecemos aqui aos ilustres medicos a gentileza de nos ter informado essa observação. Desses seis casos alguns examinamos clinicamente e encontramos os sintomas descritos per Austregesilo, isto é, diminuição da contrátura pêla distensão do braço contráturado e aumento da hipertonia pelos movimentos repetidos de flexão e extensão. Convém referir que nesses doentes não conseguimos surpreender movimentos atetosicos, coreicos, rigidez de tipo palidal tipica, etc... entretanto em todos os casos havia lesão da via motora piramidal e de centros extra-piramidais.

Passemos ao relato das observações, que falam com maior eloquencia do que toda argumentação:

LABORATORIO DE ANATOMIA PATOLOGIGA DA CLINICA NEUROLOGICA DA FAGULDADE DE MEDICINA.

(Chefe do laboratorio, professor Ulysses Vianna. Diretor da clinica, professor Austregesilo)

J. M. S.

Diagnostico clínico: Arterio-esclerose cerebral. Hemiplegia esquerda de tipo piramido-extra-piramidal com fenomenos dolorosos.

Estudo anatomo-patologico.

Recebemos o material fixado em formol a 10% e constava apenas do encefalo, já dividido em grandes fragmentos.

Exame macroscopico: meninge mole ligeiramente turva em toda a sua extensão. Os vasos da base do encefalo, as arterias silvianas mostravam-se de paredes espessadas, endurecidas, com pontos esbranquicados, rangendo ao bisturi.

Córte feito a um dedo para traz de ambos os pólos temporais: no fragmento anterior do lado direito, ha uma pequena *região amolecida,* cuja extensão não vae além do de uma ervilha e que está situada imediatamente *acima do putamen, e que o atinge tambem.* Deste lado ha ainda um amolecimento relativamente extenso que começa a um centimetro acima dos nucleos da base e vai até um centimetro para baixo da superficie cortical; a fórma é irregular e a extensão de um centimetro.

Córte feito em pleno desenvolvimento da alça lenticular: a região amolecida é extensa, não se limita a um só ponto: uma lacuna se acha situada em sua maior extensão, no ponto em que as fibras nervosas vindas do centro semioval penetram na capsula interna; em alguns pontos desta são vistas regiões onde houve desaparecimento de substáncia nervosa. O centro oval mostra-se descorado, desmielinizado em quasi toda sua extensão. Convém assinalar, entretanto, que as fibras arcuatas, fibras que ligam uma circunvolução a outra, em princípio, ficaram poupadas, apresentando-se nitidamente coradas em negro, emprestando franco contraste com a zona visinha desmielinizada. *O putamen, neste fóco* de amolecimento, *já se apresenta ligeiramente atingido* na face que limita a capsula interna. O *segundo fóco,* igualmente intenso, não tem a extensão do primeiro; *acha-se situado sobretudo na parte externa do globulus medialis de Brissaud.*

Este fóco começa no ponto em que o *globulos pallidus* tem contáto com a capsula interna. Aí é alargado, tendo cêrca de tres milimetros de largura, logo depois se estreita, para na proximidade da alça lenticular alargar novamente, mas de maneira extensa; *lesa a alça lenticular,* a comissura anterior, mas respeita o nucleo amidaliano; lateralmente o amolecimento abrange a *parte inferior do putamen,* a capsula externa, quasi totalmente o antemuro, a capsula extrema e atinge ligeiramente as fibras arcuatae insulae Reili.

O hemisferio direito, apenas a região parietal apresentava um fóco de amolecimento antigo de situação cortico subcortical.

Em conclusão: havia comprometimento de vias-piramidais, centros extra-piramidais e centros sensitivos.

LABORATORIO DE ANATOMIA PATOLOGICA DA CLINICA NEUROLOGIA DA FACULDADE DE MEDICINA.

(Chefe do laboratorio, professor Ulysses Vianna. Diretor da Clinica, professor Austregesilo)

C. da S.

Diagnostico clínico: Arterio-esclerose cerebral. Hemiplegia direita. Sindromes piramidal, extra-piramidal e pseudo bulbar.

Autopsia feita em 30 de maio de 1928.

Estudo anatomo-patologico.

Exame macroscopico: A piamater apresenta-se francamente espessada, sobretudo na convexidade cerebral, e o seu aspecto é leitoso, opaco, com pontos ligeiramente mais acentuados, correspondendo em geral aos sulcos. Os vasos da base do encefalo, sobretudo a arteria basilar, mostram-se esbranquiçados, endurecidos á pressão, rangendo em certos pontos ao córte. A região parietal esquerda no ponto correspondente á parte anterior de P1, P2, apresenta-se amolecida, havendo desaparecimento da substancia cinzenta e pequena parte da substancia branca subjacente, e tendo a coloração rosea em certos pontos.

Feitos os córtes vertico-transversos encontramos na altura da substáncia central do cerebro o seguinte aspecto: hemisferio esquerdo, amolecimento da capsula interna em sua parte posterior e superior, nos limites do centro oval,

amolecimento este que *atinge o nucleo caudado; o putamen apresenta* em sua parte superior e posterior *uma pequena lacuna* de aspecto triangular, com o vertice voltado para cima e a base de fórma irregular para baixo, tendo a extensão maxima de um centimetro e reduzindo-se, em seus limites exclusivamente ao putamen. Hemisferio direito – não foram encontradas alterações macroscopicas.

As fotografias juntas esclarecem a descrição anima (preparado feito com o metodo de Weigert).

M. R. S. (7), 45 anos, branco, português, sapateiro, procedente da Santa Casa. Entrou para o P. de Observação em 17 de fevereiro de 1928 e na S. Pinel, em 18 de fevereiro de 1928. E' de 2ª entrada. A primeira teve logar em 9 de outubro de 1926, no P. de Observações. 1º, 289, fl. 243.

Recebeu o diagnóstico de sifilis cerebral. Hemiplegia e anartria.

Anamese – Os antecedentes familiares carecem de importancia. Dos antecedentes pessoais merecem registro: teve gripe e reumatismo e bem assim corrimento e ha muitos anos – cancro; fazia uso moderado de alcool de fumo.

Ha um ano e seis mêses estava em casa quando sentiu repentinamente um arrepio no rosto e no braço direito: dirigiu-se, então, para um botequim proximo onde se sentou pediu uma chicara de café; quando, nesse momento, pretendeu levar a chicara á boca não foi possivel fazê-lo, pois o braço direito estava paralitico; tentou, então, levantar-se e notou que a perna do mesmo lado estava sem forças. O paciente informa ainda que a palavra lhe faltou por ocasião dêsse episodio, tendo essa impossibilidade de falar durado uns 15 dias apenas. Em seguida foi transportado para o hospital de alienados de onde foi transferido para o Hospital da Gambôa e mais recentemente para a Santa Casa, tendo sido novamente enviado para este hospital.

Exame diréto – Trata-se de um homem de estatura alta, em estado de nutrição deficiente. Apresenta-se sentado ao leito com o ante-braço direito fletido sôbre o braço e este colado ao tronco, notando-se-lhe á simples inspeção asimetria facial posta em evidencia por um maior apagamento do sulco naso-geniano direito e abaixamento leve do angulo bucal do mesmo lado.

(1) Estudo feito em colaboração com o dr. Costa Rodrigues.

As posições de pé e de cócoras são impossíveis; possiveis, pórem, as posições deitado e sentado. A pesquiza do sinal de Romberg está prejudicada. Os movimentos do membro superior direito são inteiramente impossiveis; os movimentos do membro inferior do mesmo lado fazem-se, mas com dificuldade. Ha portanto hemiplegia total com paralisia mais acentuada do membro superior. Reflexos patelares e aquileus vivos, maximé a direita; os reflexos da munhéca, estilo radial, cubito pronador, bicipite, tricipite estão exaltados á direita e normais á esquerda. O reflexo plantar faz-se normalmente á esquerda e em extensão á direita (fenomeno de Babinski); os reflexos abdominais estão diminuidos. O paciente acusa dôres fortes do lado paralizado e apresenta ao que nos pareceu em um exame cuidadoso, disturbio da sensibilidade objetiva superficial (hiperestesia tactil, termica e dolorosa) no membro superior direito. Apresenta disartria.

As pupilas reagem lentamente á luz e acomodam regularmente; nota-se-lhe ainda, pequena atrofia das massas musculares do braço doente. Pulso regular, batendo 110 vezes por minuto; a escuta do orgão central revelou taquicardia. Constipação intestinal. Exame mental: o paciente apresenta-se ao exame bem humorado, respondendo satisfatoriamente a tudo que lhe perguntamos. Está orientado parcialmente no tempo e bem orientado no lugar e meio. E' um pouco desatento. Não apresenta alucinações quaisquer. Associação de idéas um pouco lenta, mas logica, coerente. A memoria quer para os fatos recentes quer para os antigos está ligeiramente comprometida. Emotividade facil. Mostra-se afetuoso para com os seus. Iniciativa presente.

Diagnostico: Arterio-esclerose cerebral. Hemiplegia direita por trombose (Dr. Gallot.)

Exames de laboratorio: Wassermann no sangue e no liquor (com 1cc) negativa; linfocitose: 0,8 Nonne; negativa. Uréa no sangue 0,30 por litro (M. Pinheiro).

O paciente faleceu na secção de cirurgia do Hospital de Alienados seção do Dr. Oscar Ramos, em consequencia de uma apendicite supurada em 16 de maio de 1931.

Autopsia feita em 17 de maio de 1931.

Exame macroscopico do sistema nervoso. No hemisferio direito ha um *amolecimento hemorragico,* não muito antigo, da capsula externa, *abrangendo* em sua extensão *o putamen* e parte superior da capsula interna; este aspecto é visto em um córte que passa imediatamente para traz do

quiasma optico. Tem a altura de quatro centimentos e a largura de um centimentro. As arterias silvianas estão pouco esclerosadas. Não havia meningite cronica nem outras alterações. (Fig. 1).

HOSPITAL DE PSICOPATAS (CHEFE DA SECÇÃO ESQUIROL – DR. A. BOTELHO. CHEFE DO LABORATORIO NISSL, PROFESSOR ULYSSES VIANNA. DIRETOR DO HOSPITAL, DR. W. PIRES.)

A. G. O.

25, anos, parda, domestica, brasileira, solteira, entrada a 12 de novembro de 1907 e falecida a 26 de maio de 1928.

Durante este espaço de tempo teve duas entradas na secção Esquirol, sendo 'que a última observação foi feita em 23 de maio de 1928 (A. Marques).

A paciente entrou no serviço apresentando hemiplegia esquerda bem acentuada. Todo o lado paralitico apresentava nitida hipotonia. Os reflexos superficiais achavam-se abolidos do lado paralitico não havendo tambem fenomeno de Babinski, nem reflexos cutaneos de defesa. Os reflexos tendinosos achavam-se enfraquecidos do lado paralitico. A paciente acusava grande hiperalgesia ao exame e tambem sentia dôres que pareciam muito nitidas, levando em conta os gritos e gemidos que a paciente passava o dia inteiro emitindo.

O exame objetivo da sensibilidade não poude ser feito com precisão porque as dôres que a paciente sentia inibiam a pesquiza. Contudo registra-se como certa a astereognosia tatil.

Havia nitida perturbação da emotividade e tambem a paciente apresentava escara de decubito. O estado mental nada apresentava digno de registro.

Wassermann positiva no sangue e no liquor, demais reações negativas.

Diagnostico: Endarterite sifilitica – Diagnostico clinico: Hemiplegia sensitivo-motora.

Exame macroscopico do sistema nervoso.

No hemisferio esquerdo nota-se um amolecimento hemorragico antigo com aspécto esponjoso, de côr alaranjada têndo em sua altura cêrca de tres centimetros, em sua maior largura seis ou sete milimetros. Este amolecimento tem início no lobulo frontal imediatamente no ponto em que se inicia a cabeça do nucleo caudado. *O amolecimento*

atinge o nucleo caudado, a parte anterior da capsula interna indo até o joelho desta, mas poupa a insula de Reil. Não encontramos outros fócos de amolecimento. *Ha pois lesão de vias piramidais e de centros extra-piramidais.*

HOSPITAL DE PSICOPATAS (CHEFE DA SECÇÃO ESQUIROL – DR. A. BOTELHO. CHEFE DO LABORATORIO NISSL, PROFESSOR ULYSSES VIANNA. DIRETOR DO HOSPITAL, DR. W. PIRES.)

M. N. 59 anos, parda, brasileira, domestica, viuva, entrada a 21 de abril de 1931, na secção Esquirol.

Anamése – Está doente ha quasi um ano. Após uma refeição sentiu-se indisposta, tendo vomitado bastante. Procurou deitar-se, tendo adormecido, e no dia imediato ao acordar, notou que todo o seu lado esquerdo estava "esquecido" a boca desviada e a fala "atrapalhada". Pouco tempo depois, desapareceram esses fenomenos restando desvio da boca para o lado esquerdo com leve apagamento da fisionomia do mesmo lado e a marcha se realizando com um pequeno movimento de arrastamento do membro inferior esquerdo. Presentemente queixa-se de cefaléa que aparecem de vez em quando, perturbações da memoria e acha-se com a visão bastante diminuida.

Antecedentes. Usava álcool, néga passado venereo morbido. Marido falecido de cardiapatia (sic). Teve um unico filho que morreu aos seis mêses de idade de cartarro sufocante.

Exame geral. Estatura regular; bom estado de nutrição; esternalgia e tibialgia; ligeiro descoramento das mucosas visiveis e da pele.

Exame neurologico. A paciente assume qualquer posição. Não ha sinal de Romberg; marcha hemiparetica. Fôrça muscular normal; hemiparesia esquerda; não ha movimentos involuntarios. Motilidade passiva diminuida nos quatro segmentos: ha hipertonia muscular. Reflexos profundos patelares exaltados de ambos os lados; aquileus vivos e quando se pesquiza o do lado esquerdo aparece clono do pé, os reflexos tendinosos dos membros superiores (bicipite, tricipite, da munhéca, estiloradial e cubito-pronador) estão muito vivos. Reflexos superficiais: o r. plantar está presente de ambos os lados; abdominais abolidos. Ao exame da sensibilidade nota-se hiperestesia á dôr quando se apertam

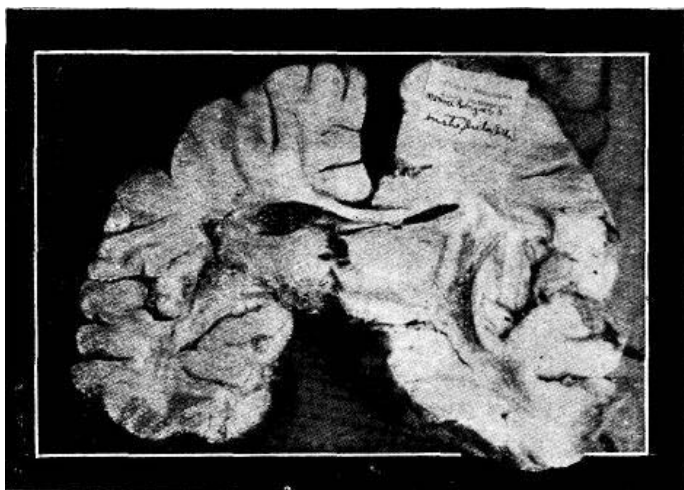



Fig. 1

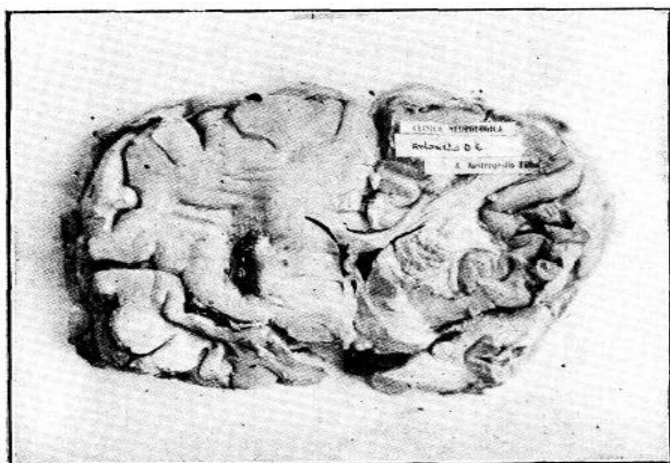



Fig. 2

Fig. 3

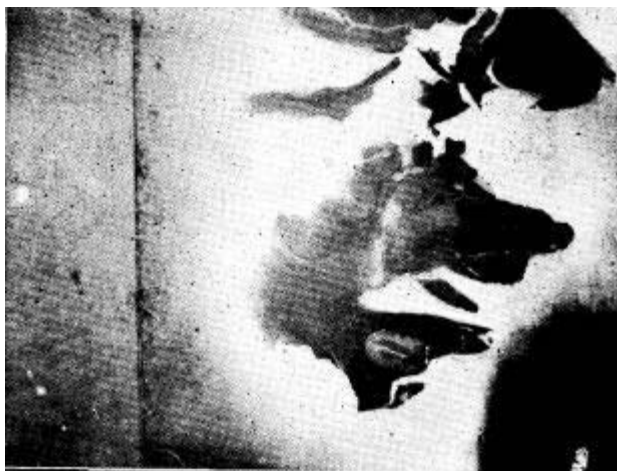



Fig. 4

as massas musculares ou se movimentam as articulações Não ha perturbações troficas.

Exames dos demais aparelhos, – sopro sistolico muito audivel na base (f. aortico) e clangor do 2º ton no mesmo fóco. Roncos e sibilos disseminados; estertores sub-crepitantes nas bases. Figado palpavel, de consistencia dura e doloroso; estomatite mercurial.

Exame psiquico. Nada apuramos, a não ser pertubações da memoria, principalmente de fixividade. Não apresenta desordens psico-sensoriais nem idéas delirantes; a afetividade e a iniciativa acham-se conservadas.

– Observação feita pêlo interno Magalhães Freitas. Exames. Liquor: W. negativa; Nonne, positiva; linfocitose 12,4 mm3.

Exame ocular. Segmento anterior; cataráta incipiente A. O. Segmento posterior: atrofia do nervo otico A. O. – muito acentuado O. D. Reações pupilares normais.

Autopsia:

Sistema nervoso. Encefalo: externamente nota-se uma discreta esclerose dos diferentes vasos. Feitos os córtes vertico-transversos encontra-se na parte anterior do putamen uma cavidade do tamanho e da fórma de uma pequena ervilha. Esta cavidade prolonga-se para a parte caudal com uma largura de dois centimentros; em um córte na altura do cólo do nucleo caudado nota-se, ainda no hemisferio direito, uma grande cavidade que tem aproximadamente uma largura de tres centimetres e uma altura de um centimentro e uma profundidade de um centimetro pouco mais ou menos. *Este fóco de amolecimento* antigo, *abrange* a capsula interns, *o nucleo caudado e o pallidum.* No hemisferio esquerdo não foram encontradas alterações macroscopicas. Na parte anterior do nucleo lenticular, no ponto de união do estriatum e do palidum parece haver uma pequenina lacuna, com dois ou tres milimetros, em seu maior diametro. Este córte passa imediatamente atraz da comis sura anterior.

Ao córte da ponte nata-se um amolecimento antigo composto de tres a quatro pequeninas cavidades imediatamente para a direita da rafé, no pé do pedunculo. (Fig. 3.)

———«*»———

SINDROMES DISTONICAS

PELO

DR. MATHIAS COSTA

Em neurologia a questão das distonias sofre ainda da diversidade de opiniões. Assim é que, desde as primeiras observações até o momento atual a literatura médica acha-se enriquecida de um sem número de contribuições dos mais acatados nomes, mas muitas vezes em flagrante desacôrdo de opiniões. Apesar dos estudos continuos por parte dos neurologistas de todos os países, quer clínica, quer anatomo - patologicamente, muito rudimentares são ainda os nossos conhecimentos quanto ao seu processo íntimo e localização.

As distonias foram postal em fóco e amplamente discutidas desde os trabalhos de Schwalb e Ziehen (1908 e 1910), e Oppenheim (1911), em que êstes autores tentaram estabelecer uma entidade nosologica a que chamaram, os primeiros de "neurose de torsão", e o segundo de "disbasia lordotica progressiva" e "distonia lordotica progressiva", e Planton e Sterling de "espasmos de torsão progressivos".

Na mesma época Cecilia Vogt, com os seus estudos sôbre o "status marmoratus do striatum" abria novo campo aos estudos das afeções motoras extra-piramidais, seguindo-se-lhes as observações de Freud e Pierre-Marie.

Posta em foco a questão, grande foi o número de estudiosos e inumeras foram as contribuições que procuraram esclarecer o importante problema e tivemos os preciosos trabalhos de Kurt Mendel, Hall, Thevenard, Wimmer, Pires, Carillon, Thomalla, Austregesilo e Marques, R. Ficher, Chavany, André Leri e J. Weill, Pierre-Marie e Mlle. Levy e muitissimos outros de não menor relevancia.

Reina ainda hoje grande confusão neste capítulo da patologia nervosa e autores da nomeada e autoridade de Kurt

Mendel, defendem a entidade nosologica do espasmo de torsão, combatendo-a outros, como Wimmer, Thevenard, etc.

Algumas formas de atetose, doença de Wilson, pseudo esclerose, foram já consideradas por diversos tratadistas como variante de um mesmo estado morbido.

Assim opinam Austregesilo e Marques, no seu trabalho sôbre "Distonias", concluindo: "são variações clínicas de um processo patologico essencialmente o mesmo, em que a predominancia da lesão se acha no estriado".

Thevenard, na sua excelente monografia sôbre as "Distonias de atitude" (1926) já dizia: "E' suficiente ler os principais trabalhos que foram escritos sôbre "espasmo de torsão" para ver que numa das preocupações dominantes dos seus autores foi precisar os elementos de diagnostico desta doença com a atetose dupla", e concluia: "Oppenheim, em primeiro logar, já tinha presentido as dificuldades deste problema" e mais: "não elevava entre as duas sindromes uma barreira intransponivel".

Dejerine descreveu nas atetoses movimentos de "rotação e de torsão" dos membros superiores.

Bing afirma que poder-se-ia aproximar da atetose dupla o espasmo de torsão de Sterling de Flaton ou distonia de torsão de Mendel.

Jacob inclue a distonia de torsão no quadro sintomatico da atetose.

As distonias se caracterizam pêlas alterações do tomus muscular, quer para mais ("hipertonia"), quer para menos ("hipotonia").

Podem atacar um segmento do corpo ou mais de um segmento, ou o corpo todo. Em geral poupa a face e a palavra, havendo, porém, casos em que esta é perturbada, como na nossa Observação I.

Comumente atacado é o pescoço e as extremidades proximas dos membros no espasmo. de torsão, assim como os musculos do dorso (o que provoca uma lordose acentuada e uma das atitudes caracteristicas dessa sindrome), emquanto que na atetose só as extremidades distais e a face são as mais comprometidas.

Em todos estes casos ha associação de hipo e hipertonia. Póde tambem a distonia se fazer representar por hipertonia pura, como na sindrome de Cecilia de Vogt e Oppenheim (status marmoratus do striatum), doença de Wilson e pseudo-eselerose.

Thevenard, no seu trabalho já citado sôbre "Distonias de atitude", faz um estudo muito interessante sôbre o tonus

normal e as suas alterações, responsabilizando pêla manutenção do equilibrio na atitude vertical, os musculos da região posterior do corpo (nuca, dorso-lombares, sacros, gluteos e face posterior da coxa), pêla permanencia deles num estado que não é nem de contração nem de relaxamento, mas de "tonicidade". Estuda o fenomeno da "poussée" (do impulso) e conclue pêla pesquisa do "reflexo de postura geral" ou "reflexo de atitude" nas diversas perturbações do tonus muscular.

Kurt Goldstein, estudando a anatomo-patologia das perturbações do tonus, procura explicá-las da seguinte maneira: 1) o pallidum está lesado, ou as vias subpalidais ou a substáncia cinzenta, e teremos a rigidez, o desaparecimento dos automatimos, os disturbios vaso-motores; 2) quanto mais as lesões são limitadas ao palido ou a alsa lenticular, tanto mais graves são os disturbios dos automatismos e do tonus; 3) quanto mais são limitadas ao pallidum tanto mais são atingidos os automatismos; 4) si são mais lesados os centros subpalidais (substáncia negra, etc.), tanto mais graves são os disturbios do tonus.

As alterações do tonus dependem das alternativas de tensão e de relaxamento até uma flacidez anormal (espasmo movel de Lewandowski) .

No estado de relaxamento o musculo perde o tonus plastico e aparece muito flacido.

Nos musculos mais atacados dá-se em certos casos a hipertrofia (Bourneville, Hall, Sicard) .

Jacob acha que tanto a atetose como o espasmo de torsão são devidos a uma lesão do sistema palidal e que teremos esta ou aquela sindrome conforme a "capacidade de inhibição" do striatum sôbre o pallidum que possue, segundo o autor, ação frenadora sôbre o ultimo.

Calligaris, no entanto, cita uma observação do Richer, em que existe atetose com lesão do striatum e com o pallidum intato.

Wimmer acha que existem casos em que as lesões permanecem latentes, sob a fórma de uma "predisposição estriaria" e que alguns fatores toxicos, infecciosos, traumaticos, etc., poderiam avivar a lesão antiga congenita, vendo esta possibilidade se apresentar nas observações de Pierre Marie e Mlle. Levy, Pires, Pfeiffer, etc.

Hall, em individuos atacados de distonias diversas, observou degenerações do nucleo lenticular da cortex-cerebral e da ponte de Varole.

Quanto ás condições etiological, já está fóra de dúvida que o fator etnico não tem importancia preferential dada a diversidade das raças em que se tem observado distonias. Assim é que, tanto são atacados os Saxões como os Judeus, os Brasileiros sem mescla (Austregesilo, Pires) e mestiços, Argentinos (Marotta), Suecos (Wimmer), Alemães (Kurt Mendel) e Franceses (Thevenard, etc.).

Em uma das nossas observações trata-se precisamente de um caso de distonia de torsão na raça negra.

Tem-se descrito e responsabilizado como causa etiologica das distonias os traumatismos (Pires, etc.), fatores exogenos toxicos ou infecciosos (Van Gehucten, Vidal e Giraud, etc.), sifilis, post-tifica e post-paludica (Hall, Bregmann, Pires, Taylor, Sterling, etc.).

Austregesilo e Marques, no seu trabalho sôbre "Distonias", acham que deve-se considerar uma "distonia pura", conforme a discrisão de Oppenheim, etc., e os "estados distonicos", estados mixtos, onde se encontram outras lesões encefalopaticas.

Wimmer terminou sua magistral comunicação á Sociedade de Neurologia de Paris, em 1929, sôbre os espasmos de torsão com a afirmação de que o espasmo de torsão não é uma doença, mas simplesmente uma sindrome. A questão das distonias está hoje em dia mais nas mãos do anatomo-patologista do que nas dos clínicos, e é dos primeiros que deve vir a palavra final sôbre o assunto.

De uma leitura cuidadosa da literatura existente sôbre o magno problema enraiga-se a convicção de que a atetose dupla, a pseudo-esclerose, o espasmo de torsão, a doença de Wilson e o estatus marmoratus do striatum, são sindromes em que se acham sempre fenomenos distonicos mais ou menos acentuados ou melhor, com esta ou aquela localização ou sob esta ou aquela modalidade, segundo a localizção da lesão nos nucleos cinzento e segundo as perturbações de conexões que estas lesões acarretam.

Procuramos trazer nossa contribuição á parte clínica das distonias, com duas observações: uma de espasmo de torsão em raça negra, e outra de atetose e espasmo de torsão, que passamos a descrever.

OBSERVAÇÃO I

Nome – J. V. Noturalidade, Estado do Paraná; côr, preta; idade, 26 anos; estado civil, solteiro.

Antecedentes hereditarios – Ignora a causa da morte da mãe, que perdeu quando tinha 15 anos. Pai vivo. Tem quatro irmãos vivos e fortes, e um morto na primeira infancia. Nenhum parente seu, quer direto, quer colateral, sofreu ou sofre de molestia identica á do paciente.

Antecedentes pessoais – Sarampo, gripe epidemica e gonorréa.

Historia – Conta que ha cinco anos feriu-se com um prego no pé direito. Tendo havido muita reação internou-se na Santa Casa de Curitiba, onde ficou oito dias, tendo alta curado.

Cinco dias depois começou a sentir leve tremor e fraqueza na Perna direita.

Esctes fenomenos foram se acentuando progressivamente, atingindo o dordo, depois a região da nuca, sem que o paciente possa precisar a invasão deste ou daquele segmento do corpo, tal a lentidão e progressão continua do estado morbido.

Atualmente o doente apresenta espasmos dos musculos de toda a metade direita do corpo, que se acentuam quando o mesmo está. na posição vertical oú quando muda de posição, e que o obrigam a tomar atitudes caracteristicas para manter o equilibria perturbado pêlos violentos espasmos musculares.

O caracteristico do movimento da cabeça é a oscilação de traz para frente, como que um movimento pendular, ritimado e variando o número de oscilações de 26 a 32 por minuto.

Depois de algumas oscilações nesse sentido, correspondendo a uma fase do relaxamento muscular, dá-se a contração violenta dos musculos do pescoço, que trazem a cabeça para frente até que o mento atinja a região sternal, quando se segue um movimento de torsão da cabeça até que o mento atinja a região supra-clavicular esquerda.

O paciente consegue voluntariamente e com grande esfôrço manter a cabeça mais ou menos firme e erecta, observando-se apenas leve oscilação.

Os espasmos musculares, então,, tornam-se mais violentos e o doente é obrigado, para a sua defesa, a tomar atitudes que façam diminuir as contraturas. Em outras ocasiões a cabeça gira como que em tôrno dum eixo, que seria o tronco.

Toda a posição que representa apoio para a cabeça faz diminuir os espasmos. Assim é que o paciente, para se defender, estando sentado, das violentas contrações musculares

do pescoço, leva a mão (ora a direita, ora a esquerda), á região ocipital e apoiando dessa forma a cabeça, sente-se bem a cessam quasi que por complete os fenomenos acima descritos.

Outra posição caracteristica de defesa é a que o doente assume, apoiando o cotovêlo sôbre a coxa e o mento sôbre a mão.

Em decubito dorsal cessam todos os movimentos anormais.

A marcha do paciente é tipica. Assim é que, lembra a marcha do dromedario tendo de notavel que o corpo apresenta uma curvatura com concavidade voltada para a direita, emquanto que a cabeça executa o movimento oscilatorio pendular acima descrito.

Alem dêstes movimentos que descrevemos, quer na posição estatica, quer na marcha, que chamaremos -de "principais", existem uma infinidade doutros movimentos secundarios, que, pêla sua diversidade, escapam a uma discrição.

O que ha de paradoxal no case do paciente é que a marcha é feita com dificuldade, emquanto que, em se lhe ordenando parte em disparada, sem tropêços, mudando completamente de atitude, como se nada houvesse de anormal (quinesia paradoxal).

Nota-se uma manifesta hipotonia nos musculos da metade direita do corpo e hipertrofia dos musculos do pescoço.

Não ha alteração de sensibilidade termica, dolorosa, tatil, nem estereognostica. Os reflexos tendinosos estão muito exaltados, principalmente do lado lesado.

Os reflexes cutaneos abdominais estão exaltados á direita e abolidos a esquerda. Cremasterianos abolidos em ambos os lados. Sinal de Babinsky ausente.

O aparelho cardio-vascular nada tem de anormal. No paciente não notamos alteração psiquica.

Os exames de sangue, liquor e urina nada revelaram de anormal.

OBSERVAÇÃO II

Nome, J. A. F.; côr, parda; idade, 28 anos; estado civil, solteiro.

Historico — E^2 surdo e mudo. Individuo de estatura regular, côr parda, aparentando ter 28 anos de idade. Apresenta de notavel: movimentos desordenados, que se estendem da face á extremidade inferior do corpo; movimentos esses

que se traduzem por bruscas contrações e relaxamentos musculares.

Na face apresenta uma retração quasi que constante da comissura labial, para o lado direito. Tem choro e riso espasmodicos.

A cabeça tem movimentos de flexão e de extensão continuos, e ás vezes um movimento de torsão com rotação para a direita. Apresenta uma ligeira hipertrofia do pescoço, e o torax bem desenvolvido na sua constituição e musculatura, compensando o *deficit* muscular dos membros inferiores.

Nas mãos apresenta movimentos bruscos e desordenados, aritmicos, de extensão e flexão de todos os dedos e continuos com os caracteristicos dos movimentos atetosicos. No abdomem não notamos contrações.

Na região sacro-lombar nota-se grande atrofia dos musculos lombares e sacros, principalmente nestes ultimos.

Apresenta grande atrofia dos musculos das regiões gluteas, e muito mais pronunciada á direita.

Os membros inferiores acham-se tambem atrofiados, apresentando os artelhos movimentos de flexão bruscos e desordenados. Em todo o membro inferior a atrofia é mais sensivel do lado esquerdo do que do lado direito.

A atrofia dos membros inferiores vai se acentuando á medida que se aproxima da extremidade.

O doente apresenta-se a nossa observação sempre sentado, não podendo manter-se verticalmente, dada a atrofia descompensadora do equilibrio dos musculos sacro-lombares e a impossibilidade da extensão das pernas, devida á hipertonia dos musculos da região posterior da coxa que a mantem sempre em flexão, não conseguindo o paciente realizar a extensão completa dos membros inferiores.

Apresenta hipotonia dos musculos da face anterior da coxa.

Os movimentos já descritos acentuam-se notavelmente com a emoção e a solicitação ao esfôrço muscular (mudança de atitude).

O exame do liquor cefalo-raqueano foi negativo, assim como os exames do sangue e da urina nada revelaram de anormal.

O doente é tipicamente oligofrenico.

————«*»————

A ESTRUTURA CORPORAL NOS DEMENTES PARALITICOS

PELO

DR. JANUARIO BITTENCOURT

P. Nobécourt Certains medicins refusent systématiquement d'admetre les concepcions nouvelles, sans prendre la peine les examiner. Les syndromes endocriniens – 1923.

De ha muito a estrutura corporal vem preocupando os estudiosos a principio leigos e mais tarde medicos. E' assim que, de inconsiste e fantasista, seu conceito agora baseado na pura observação, no empirismo ou na etiopatogenia, tornou-se cientifico.

Já no dominio da ciencia tem preocupado, ora mais aos clinicos, ora ao psicólogo ou com mais precisão ao psiquiatra, ulteriormente.

Aos primeiros, interessa sobretudo a determinação de uma constante arquitetural interna e externa; uns com o proposito de julgar da predominancia ou feitio de uma das funções organicas pelo aspecto estrutural externo; outros procurando relacionar a situação anatomica das viceras á superficie corporal, atendendo a diversidade dos aspectos desta, com um proveito topográfico operatorio.

Ao psiquiatra interessa estabelecer uma constante somato-psiquica (1) a saber: a um determinado feitio estrutural corresponderiam certas disposições psiquicas. Vislum-

(2) Parece-me ser esta expressão a que melhor traduz a concorrencia em um mesmo individuo de um determinado estado mental e certo tipo de estrutura corporal.

brada tantas vezes, só agora esta constante é oriunda de noções verdadeiramente psiquiatricas.

Coube a Kretschmer, isolando os estados constitucionaes ciclotimico e esquizotimico e os tipos de estrutura corporal: picnico, leptosoma, atletico e o grupo dos displasicos, encaminhar a questão para uma solução plausivel, senão definida, estabelecendo constantes somato-psiquicas. E assim, para um dos tipos estruturaes, encontrou uma correspondente mental caracteristica, aciclotimia; para os outros (atletico leptosoma e o grupo mal delimitado dos displasicos), um feitio mental comum, a esquizotímia. Na classificação de Kretschmer tem-se a impressão de que o autor, assistido pela intuição, tomou, isoladamente, os dois aspetos da questão, a estrutura corporal e a constituição mental. Para a estrutura corporal, procurou, pela pura observação, sem ideia preconcebida, desembaraçado do conceito de classificações anteriores, os aspetos mais opostos de estrutura corporal, dentro do normal: os que se desenvolvem normalmente em altura mas deixam desejar em largura (leptosoma); os que se desenvolvem em altura e largura (atleticos); os que, sem atingirem o patólogico, não se desenvolvem em altura mas sobretudo em grossura (pícnicos). A diretriz de Kretschmer não vae alem do que nos podem dar as tres dimensões: (1) ela é portanto simples e inteligente. E porque uns são largos, altos, outros etc., o autor não ensaia dizer.

Deve satisfazer, por ora, o que a natureza, por via do observação, precisa mostrar claramente sem que se procure interpreta-la.

E' interessante notar que Kretschmer, para um dos estados constitucionaes de sua classificação, o ciclotímico, encontra um unico tipo de estrutura corporal, o pícnico, emquanto que á constituição esquizotímica correspondem dois tipos estruturaes (leptosoma e atletico) e o grupo mal delimitado dos displasicos.

Como em verdade, porém, não existe uma esquizofrenia, mas esquizofrenias, vasto grupo em que, no pensar de Bleuler se enquadram estados mentaes dos mais variados aspetos, e bem possivel que aos tipos leptosoma, atletico e displasicos venham corresponder estados mentaes constitucionaes ou patólogicos resultantes do desmembramento das esquizofrenias em feitios mentaes visinhos mas isolados, o que em nada perturbaria o já estabelecido. Esta coincidencia vem, até

(1) Evidentemente outros elementos concorrem para a diagnose do tipo corporal, mas já de menor valia.

certo modo, mostrar a orientação segura, a visão clara e livre de ideia preconcebida do autor. De um lado vê apenas o que a natureza lhe põe diante dos olhos em sua maior simplicidade: a variação das tres dimensões; de outro, não se afasta da concepção mais ampla de constituição mental que por esta razão menos risco corre de exorbitar do estado atual de nossos conhecimentos psiquiatricos e portanto de ser erronea.

E' possivel ainda que um dos tipos de Kretschmer se venha a desdobrar ou este isole um outro já que ha casos não classificados e o referido autor não saiba ainda si o "tipo de pequena estatura, espaduas largas com acromicria" é uma fórma intermediaria (um crusamento) entre a estrutura atletica e a infantil ou si estamos em presença de uma fórma independente. Afóra estas possibilidades e incertezas e máu grado ainda as criticas que se tem feito a Kretschmer com relação á estrutura corporal e o caracter, seus estudos crearam um nucleo solido de verdade, quero crer, apenas susceptivel de reparos.

Não se pretende, porém, encontrar constantes somato-psiquicas absolutas, pois todas as gradações e combinações, quer no dominio do psiquismo, quer no que se refere ao soma, podem haver. A constante somato-psiquica, traduz apenas os tipos padrões, isto é, aqueles em que uma maior soma de certas caracteristicas psiquicas se reune a um conjunto mais completo de determinados aspectos corporais. Assim sendo, afastado que se esteja do tipo padrão não se perderá o contato com ele e o contraste com outras constantes se fará mais flagrante.

Para Stern Piper os tipos de estrutura corporal descritos por Kretschmer corresponderiam a diferentes fórmas raciais.

Aquele autor, porém, admite a mesma unidade estabelecida por este ultimo para fórma corporal e constituição mental: é assim que os nordicos seriam asténicos e esquizotimicos; os alpinos, picnicos e ciclotimicos. Corroborando esta maneira de ver, Bumke lembra que assim se poderia compreender o entusiasmo, a amabilidade e a generosidade dos suabios (picnicos) em contraste com a altivez a rigidez dos prussianos (esquizotimicos).

Seja como fôr, a concepção de Stern Piper não vem abalar a de Kretschmer, quer me parecer e antes a confirma: existe uma relação entre a estrutura corporal individual e a constituição mental; esta relação é identica a encontrada por este ultimo autor. Apenas a constante deixaria de ser individual para caracteristisar toda uma raça. Ora, a antropo-

logia nos ensina que todos os individuos de uma mesma raça apresentam uma soma de carateres corporais e mentais, semelhantes, mas como estas cada vez mais se cruzam, aqueles carateres vão aparecer em outras raças objetivados em tipos que apresentam a constante mental corporal, como dominante ou diluida nas mais variadas combinações. Assim sendo, a constante somato-psiquica de racial, que era, passa a ser individual.

Não será agora dificil harmonizar as idéias de Kretschmer e Stern Piper: a constante somato-psiquica deste seria de existencia primaria e a daquele de formação secundaria. Caberia fazer o estudo da ascendencia racial de cada individuo e então poder-se-ia dizer ser êle predominantemente leptosoma-esquizotimico por descender de norticos, picnico-ciclotimico por se contarem alpinos em sua ascendencia, etc., etc.

Bumke, em seu "Tratado de Molestias Mentais", falando de Constituição corporal e constituição maniaco-depressiva, diz, referindo-se ás afirmações de Kretschmer, parecer não se confirmarem estas fóra da Suabia. Ora, um número apreciavel de pesquizas feitas na Alemanha sobretudo as de Von Rohden com uma estatistica impressionante em que ha 3.262 esquizofrenicos e 981 maniaco-depressivos e fóra dela, em outros países, as confirmam. Entre nós Murilo de Campos com material heterogenio (brancos, negros e mestiços) a cavaleiro portanto da critica de Bumke, chega ás mesmas conclusões. Demais, seria verdadeiramente extraordinario que só os habitantes da Suabia apresentassem a constante somato-psiquica descrita por Kretschemer.

Um conjunto de fatos bem estabelecidos pela clinica, a anatomopatologia e a experimentação, mostra a evidencia, a intima correlação existente entre a estrutura corporal, as funções dos sistemas organicos e o psiquismo.

Sobretudo, os progressos sempre crescentes da endocrinologia concorreram para esclarecer, esta correlação. Mas os fatos que hoje servem de base não foram a principio determinados com o proposito de fixar biotipos.

Eles surgiram isolados aqui e ali como contribuição ao estudo da endocrinologia. Pouco a pouco, porém, o acumulo de aquisições endocrinologicas puzeram em relevo a influencia das perturbações de secreção interna sôbre o crescimento, o aspeto e consistencia da péle, o desenvolvimento dos pêlos e do paniculo adiposo, as funções genitais, o metabolismo, a espessura dos ossos etc., etc.

A noção de estados constitucionais continuava a ressentir-se de uma etiopatogenia. Constitucianalistas e endocrinologistas passaram a ver nas secreções internas a razão de ser daquêles estados. Em verdade, porém, onde a influencia das secreções internas se tem mostrado clara e indiscutivel na estrutura corporal, nas funções dos sistemas organicos e nas diferentes manifestações do psiquismo, é no estado patologico das glandulas.

A correlação de funções das glandulas de secreção interna é a interdependencia funcional destas com o sistema simpatico, dificultam sobremaneira a determinação precisa da grandula ou grupo de grandulas responsaveis por uma determinada sindrome.

Não obstante para um certo numero de sindromes (acromegalia, molestia de Basedow, eunuquismno, etc.) é possivel determinar o fator etiologico. Mas as dificuldades e causas de erro aumentam, consideravelmente, quando se quer filiar os diferentes tipos constitucionais a estados endocrino-simpatica ou, em outros termos: encontrar uma formula endocrino-simpatica ou neuro-endocrina constitucional para um determinado grupo de individuos. Ora, dentro de um mesmo grupo, "á formula individual das glandulas de secreção interna" ou "fórmula poliglandular" apresenta variantes, o que maiores embaraços vem trazer ao estabelecimento da formula neuro-endocrina constitucional. E é precisamente esta que se tem procurado encontrar ultimamente. Mas para que este proposito fôsse alcançado, seria indispensavel como quer Bauer, "poder-se examinar diretamente a função do sistema endocrino," o que ainda não é possivel.

Pode-se, portanto, em estados patologicos apontar as glandulas responsaveis por eles; ao contrario não é possível ainda no homem considerado normal (estados constitucionais), especificar sua fórmula neuro-endocrina.

Os tipos de estrutura corporal da classificação de Kretschmer, afóra o grupo dos displasicos são considerados por este autor como "normaux, en tant que phenoménes anthropologiques et journaliers, et anormaux, en ce qu'ils comportent respectivement des predispositions à certaines maladies."

Do exposto conclui-se que toda a classificação de tipos constitucionais baseada em uma etiopatogenia endocrina, é, porém, quanto falha, sujeita a inumeras causas de erro e por isso deve ser afastada de momento.

Mas, si por falta de recursos cientificos não é possivel ainda agora conhecer a formula neuro endocrina, um conjunto de fatos bem estabelecidos pela clinica, a anatomo -pa-

tologia e a experimentação como foi dito acima, mostra, á evidencia, a influencia do aparelho neuro-endocrino na formação da constante somato-psiquica.

Assim sendo, ha razão para dar todo o valor á etiopatogenia neuro-endocrina desde que não se pretenda, prescindindo de métodos indispensaveis ao conhecimento direto do aparelho neuro-glandular, ainda não conhecidos, precisar a fórmula neuro-endocrina constitucional.

Afastadas as causas de erro, pelo exame direto da função do sistema endocrino, tudo leva a crer que em termo da função endocrina se constitui a constante somato-psiquica.

Varios autores (1) pensam haver um estado constitucional especial que predispõe á demencia paralitíca. E isso por varios motives: 1º frequencia das anomalias morfológicas do sistema nervoso central; 2º acentuadas e numerosas perturbações do desenvolvimento do sistema nervoso central em casos de paralisia geral juvenil (Schanke, Biel, Chowshi); 3º conjunto de estigmas degenerativos (2) apontado pelos autores francêzes e mencionado nos trabalhos de Nacke; 4º predisposição racial: maggyares, negros dos E. E. U. U., sobretudo mulheres (Barnes); 5º desenvolvimento adipose-muscular (Stern), habito artritico e ao mesmo tempo impressionante imunidade apresentada pelos dementes paralíticos com relação a tubebrculose (Rubensolm), pois como se sabe é o habito astenico que predispõe a esta molestia; 6º certas causas endogenas, entre outras um elevado tonus muscular habitual predispõem á demencia paralítica. O fáto de ter sido apontado como frequente o habito artritico nos dementes paralíticos inspirou este estudo. Não cabe aqui analísar os outros motivos acima referidos, pois só o que acentúa a predisposição do portador de habito artritico a demencia paralítica, interessa a esta contribuição.

Estudando a estrutura corporal nos dementes paralíticos sigo a classificação de Kretsohmer pelas razões já aduzidas sem prejuizo do conceito de habito artritico que tem no tipo pícnico da referida classificação, um correspondente exato.

As caracteristicas antropograficas de nossa população resultam da intima fusão de elementos muito heterogenios: negros da Africa, brancos, a principio sobretudo da Peninsula Iberica e nativos, em que os caracteres mongóis predominam (indios). Portanto além de brancos, mestiços de tres origens:

(1) Citados por Bauer.

(2) Estes termos não são empregados no sentido de uma determinada inferior idade psiquica.

mulatos, caboclos e cafuzos, estes ultimos, aliás, em número reduzido.

Daí, aspéctos os mais variados de certas particularidades estrutura corporal que são outros tantos elementos perturbadores para a apreciação de conjunto. Até agora, sem estudo antropometrico acurado dos nativos, das outras duas raças de origem, modificadas por novas influencias sologicas e da mestiçagem, não é tarefa facil isolar tipos de estrutura corporal. Com efeito, examinando a estrutura corporal de 56 dementes paralíticos, em seis casos (todos mestiços), esta se apresentava por tal modo complexa que foi de todo impossivel precisar o diagnostico. Por isto as conclusões deste trabalho decorrem dos 50 casos restantes, assim distribuidos:

Atleticos:

	11	casos	(22 %)	isolado
	6	"	(12 %)	mixto
	3	"	(6 %)	como componente
Total....	20	"	(40 %)	

Picnicos:

	13	casos	(26 %)	isolado
	7	"	(14 %)	mixto
	4	"	(8 %)	como componente
Total....	24	"	(48 %)	

Leptosomas:

	5	casos	(10 %)	isolado
	6	"	(12 %)	mixto
	7	"	(14 %)	como componente
Total....	18	"	(36 %)	

Displasicos:

	1	caso	(2 %)	isolado
	3	casos	(6 %)	mixto
Total....	4	"	(8 %)	

Por isso que Kretschmer parece considerar o indice de Pignet como elemento estimativo de estrutura corporal de grande valor, propositadamente, para afastar o fator sugestivo, fiz preceder o conhecimento daquele, do julgamento da estrutura corporal pela inspeção e demais mensurações. Os resultados destas foram plenamente confirmados por aquele, tomando por base o quadro de Henckel (1). Em 4 casos apenas, ha restrições a fazer. Observ. n. 10, atletico, indice de Pignet 26; imediatamente abaixo do minimo observado no tipo a que pertence. Observ. n. 21, picnico com elementos diplasicos, indice de Pignet 16; imediatamente abaixo do minimo observado no tipo picnico. Observ. 39, picnico, indice de Pignet 18; um pouco abaixo do minimo observado no tipo a que pertence. Observ. 41, picnico, indice de Pignet 17, 80; um pouco abaixo do minimo observado no tipo a que pertence. Si se levar em consideração o fato dêstes doentes estarem emagrecidos pela molestia, compreende-se o deslocamento do indice de Pignet ligeiramente para baixo.

Convem assinalar que o indice constitutional de Pignet parece ser mais baixo entre nós. E' o que se verificou frequentemente entre os conscritos de nosso exercito e deu lugar a que, diga-se de passagem, desde 1919 o indice de robustez passasse a ser avaliado "pela opinião médica sôbre a constituição física do candidato".

* * *

Para evitar causa de êrro, porisso que nos picnicos a estrutura corporal só é completamente caracteristica na idade madura, todos os individuos examinados são maiores de 30 anos.

* * *

Não foi possivel verificar a constante somato-psiquica nos pacientes examinados, por duas razões: si alguns apresentavam, por ocasião dos exames mentais praticados durante a internação, epanes uma sindrome demencial simples, por falta de anamnése completa tão dificil de obter em nosso meio, não foi possivel saber si antes da demencia havia ciclotimia ou esquizotimia, ou ainda, um dos estados patologicos correspondentes. Demais, uma sintomatologia frusta apresentada durante os primeiros tempos de internação, poderia

(1) Apude Kretsohmer.

tornar-se exuberante, mais tarde, bem caracterisando um determinado estado constitutional o que me obrigaria a prolongar o estudo do estado mental por tempo muito dilatado.

* * *

Muito seria para desejar que nos primeiros tempos, emquanto os pesquisadores não possuissem um habito maior de diagnostico dos tipos de Kretschmer, publicassem suas observações para que se pudesse exercer controle sobre élas. E' possivel que, em parte, a discordancia entre autores seja oriunda de uma imperfeita harmonía de vistas na significação de dados semiologicos. Talvez, ainda, por esta razão, varios autores classifiquem seus observados em típos bem definidos não encontrando ou, pelo menos, não mencionando os típos mixtos tão frequentemente observados por mim e por Murilo de Campos em seu trabalho pois não se poderia pôr em duvida que os típos puros são os menos frequentes.

* * *

Uma causa de erro viria ainda servir de obstaculo ao diagnostico: alguns pesquizadores, como A. Stief, se servem, para caracterizar os típos do Kretschmer, de elementos semiologicos não incluidos na ficha organizada por este autor.

* * *

Na estatistica de A. Stief a percentagem de picnico é, para tabo-paralísis de 38,9% emquanto que para a tabes dorsualis, de 25,2%. O típo picnico, é portanto, sensivelmente mais frequente quando a demencia paralítica se associa á tabes (13,7% para mais) o que vem em abono da crença dos autores na predisposição dos picnicos a demencia paralítica.

* * *

Sendo mais dificil, como verificou Kretschmer, isolar típos estruturais entre individuos do sexo feminino, propositadamente, para evitar maiores causas de erro, entre meus observados, inclui apenas quatro mulheres.

* * *

Seria interessante verificar si os portadores de anomalias morfologicas do sistema nervoso, apresentam habitos artri-

tiros e si as crises epileptiformes dos dementes paraliticos apresentam este típo corporal de mistura com o picnico ou, apresentam este típo corporal de mistura com o picnico ou ainda, quando ha apenas concurrencia de alguns elementos atleticos e isso porque se tem assinalado a frequencia do típo atletico nos epilepticos.

* * *

A ficha de Kretschmer foi acrescida de um certo número de medidas usadas por outros pesquisadores. O valor que estas possam ter somadas as adotadas por aquele autor não é, de memento, com 50 casos, apenas, levado em consideração.

Entre elas figuram algumas de Sigaud conceituadas pela opinião de Bauer.

* * *

A avaliação do comprimento dos membros superiores pela inspeção, parece muito falha. Si o indiviudo tem os membros inferiores curtos, aqueles parecerão compridos quando caídos ao longo das coxas. As variações de diferença entre estatura e grande abertura, devem ser preferidas.

* * *

A' primeira vista parece que as medidas osseas (diametros) são mais precisas, porém a observação vem mostrar que os perimetros envolvendo o paniculo adiposo e a musculatura, tão variaveis para cada típo estrutural, têm maior valor em certos pigmentos do corpo.

* * *

Entre nós, só agora começam a aparecer os primeiros estudos sobre estrutura corporal. Que eu saiba existem apenas os de Murilo de Campos, Vaz de Melo, Rocha Vaz, W. Berardinelli e André Teixeira Lima.

* * *

Diferenças de modalidade anatomica da bacía existem entre sexos, raças e ainda entre tipos de estrutura corporal.

Uma inspeção mais detida daquela me parece capaz de fornecer elementos de valor para o diagnostico de tipo de

estrutura corporal e para os quais não se têm dado a devida atenção.

A' inspeção, é evidente a diferença nos tres típos, da direção da linha de contorno lateral do corpo na passagem da crista iliaca para a saliencia do grande trocanter e daí para coxa. No atleta esta linha se aproxima da vertical, esboçando apenas um movimento; no picnico, partindo da crista iliaca, ela se afasta da vertical, dirigindo-se para fóra afim de atingir a saliencia do grande trocanter que parece proxima da crista (em altura); daí ela se retrai, formando, no conjunto, uma curva mais ou menos pronunciada; no leptosoma, o afastamento da linha é mais pronunciado para alcançar a saliencia do grande trocanter que é mais proeminente; êste, demais, ao contrario do que se observa com o picnico parece mais afastado da crista iliaca (em altura). Em outros termos, a distancia entre esta e a saliencia do trocanter seria, média no atleta, menor no picnico e maior no leptsoma. Da saliencia do trocanter para baixo, o retraímento da linha da coxa é menos pronunciado do que no picnico. A constatação do referido mais se evidencia se se disser que no picnico e, sobretudo, no atleta, a saliencia do trocanter faz corpo com a bacia, enquanto que no leptosoma aquela parece deslocada desta.

E' possivel que no picnico, em que as cavidades são maiores, as azas iliacas se afastam para melhor conterem as viceras abdominais. No leptsoma, as azas iliacas sendo mais proximas uma da outra e menos inclinadas, as saliencias dos grandes trocanteres se apresentariam mais visiveis e seriam mais afastadas, em altura, das cristas iliacas.

A inclinação da préga da virilha, deitada no picnico, mais proxima da vertical no leptosoma e no atleta, parece estar em função da largura da bacia.

Tambem o gráu de inclinação da bacia parece variar com o tipo estrutural.

Resumindo e deixando de lado a bacia do atleta para só estabelecer comparação entre as que parecem apresentar carateres mais dissemellhantes a do picnico e a do leptosoma, dir-se-ia: a bacia do picnico é larga e baixa emquanto que a do leptosoma é estreita e alta.

* * *

Entre nós, com mestiçagem tão heterogenea, seria proveitoso um entendimento entre medicos constitucionalistas com o proposito de estabelecer diretrís uniforme no estudo antropomorfo de nossa população.

CONCLUSÕES

Não existe ainda uma fórmula neuro-endocrina de estrutura corporal, mas um conjunto de fatos mostra estar esta em função do sistema neuro-endocrino.

* * *

No estudo de 50 casos de dementes paraliticos, predomina o aípo picnico de estrutura corporal, o que confirma a observação e impressão de alguns autores.

* * *

Esta predominancia, porém, não é muito sensivel mas tem maior significação si se pensar que entre normais, domina o tipo leptosoma e o picnico é o menos frequente. (v. Rohden apud F. Georgi Hand Cuch der Geisteskrankheiten).

OBSERVAÇÕES

1. – T. C. S., mestiço, solteiro, com 33 anos de idade, brasileiro, cosinheiro, internado em 7 de novembro de 1930. (Gaffrée Guinle).

Resumo da observação inicial. Ha seis mezes, irritabilidade, fases de excitação psico-motora. Era de temperamento deprimido, tornando-se agora alegre, desejando comprar um navio para ir a Europa. Quando contrariado tornava-se agressivo. Abaixamento do nivel mental. Reflexos patelares e aquileanos, vivos.

Convenções para leitura das observações. Est. estatura. G. A. grande abertura. P. peso. Ast. altura do sternun. X. U. distancia xifo-umbelical. U. P. distancia umbelico-pubeana. Pt. perimetro toracico. Pa. perimetro abdominal. Pac. perimetro das ancas. Pab. perimetro do ante-braço. Pm. perimetro da mão. Pp. perimetro da panturrilha. M. inf. membro inferior. M. sup. membro superior. Le. largura das espaduas. Lb. largura da bacia. Bi. bi-iliaco. Ph. perimetro horizontal. Ds. diametro sagital. Df. diametro frontal. Dv. diametro vertical. Aaf. altura do andar frontal. Aar. altura do andar respiratorio. Aad. altura do andar digestivo. Arnb. altura da raiz do nariz a fenda bucal. Bm. da fenda bucal ao mento. Lm. largura

entre os malares. Lmi. largura entre os angulos do maxilar inferior. Ln. largura do nariz.

Nas observações são assinalados apenas os dados fornecidos pela inspeção e as mensurações mais importantes e que melhor caracterisam o tipo corporal.

Em 4 de maio de 1931. Atitude calma; fisionomia tranquila; gesticulação e mimica adequadas. Interrogado, responde com solicitude e sem revelar incoerencias. Crê estar sendo perseguido por ouvir vozes que lhe dirigem insolencias. Demais, anteriormente, via vultos ou se sentia cercado de mu ita gente ameaçando-o e então, ficava assustado. Ligeiro abaixamento do nivel mental. Orientação auto e alopsiquicas, normais.

Não se verifica disartria nem tremor na lingua ou nos dedos.

Exame no sangue e liquor por ocasião da internação.

Sangue Wassermann, negativo; liquor Wassermann, fortemente positivo. Nonne fracamente positivo. M. B. R. II, sangue, positivo; liquor, fortemente positivo. Weichbrodt, positivo. Pandy, fracamente positivo. Ross Jones, fracamente positivo. Takata-Ara, fracamente positivo. Albumina, 0,10. Kahn, sangue, positiva; liquor, fortemente positiva. Lange, 111110000000. Colofonia bicorada, 3333200000.

ESTRUTURA CORPORAL

Inspeção. Face estreita. Nariz grosso, em delgado de coronha, de raiz cortante. Maxilar inferior grande, alto, saliente, fortemente encurvado. Mento de aparencia forte. Perfil, arqueado fracamente. Contorno frontal da face, oval alongado. Cranio curto. Estatura mediana, corpo redondo, masculino. Cabeça de tamanho médio, livre. Espaduas largas. Ventre de gordura compacta. Sistema piloso fraco na cabeça; fortemente desenvolvido no tronco e nos membros inferiores. Calvicie nas frontes, temporas, occiput e bem delimitada. Pelos genitais grossos, de delimitação masculina. Pelos nas regiões cervical, dorsal superior e raros nas espaduas.

Mensurações. Est. 1,655. G. A. 1,72. Peso: 63 kgrs. Ast. 0,17. X. U. 0,22. U. P. 0,13. Perimetros: Pt. 0,8525. Pa. 0,79. Pac. 0,845. Pab. 0,235. Pm. 0,185. Pp. 0,325. Comprimentos: M. inf. 0,875. M. sup. 0,785. Larguras: Le. 0,32. Lb. 0,29. Bi. 21. Cranio: Ph. 0,52. Ds. 0,185.

Df. 0,14. Dr. 0,19. Aaf. 0,065. Aar. 0,065. Aad. 0,075. Arnb. 0,09. Bm. 0,055. Lm. 0,12. Lmi. 0,10. Ln. 0,042.

Indices: Cefalico, 75. Nasal, 64. Pignet, 17,25.

Tipo estrutural: Atletico.

2 – V. Q. preto, casado, com 40 anos de idade, brasileiro, pedreiro, internado em 6-6-931 (Graffée Guinle).

Resumo da observação inicial. Ha um ano, cefaléa; agora, esquece facilmente os fatos recentes; tremor dos membros, da lingua, do orbicular dos labios; força muscular do membro superior E., diminuida; reflexos rotulianos e aquilianos, diminuidos.

Em 10-6-931. Atitude calma; fisionomia expressiva; gesticulação e mimica, adequadas. Interrogado, responde com solicitude e sem revelar incoerencias. Sente-se muito esquecido. A's vezes tem dificuldade em falar. Conversa com desembaraço sôbre cousas banais de sua vida, revelando conservação da afetividade. Ligeiro abaixamento do nivel mental. Iniciativa, mais ou menos conservada. Não apresenta idéas delirantes. Disartria.

Exames no sangue e liquor por ocasião da internação.

Sangue Wassermann, fortemente positivo. M. B. R. II. positivo.

Liquor, linfocitose, Wassermann. Nonne, M. B. R. II. Pandy, Weichbrodt, Ross, Jones, Takata-Ara, fortemente positivas. Albumina, 0,35. Lange, 666666321000. Colofonia bicorada, 2233322200. Benjoin, 01222221000000.

ESTRUTURA CORPORAL

Inspeção. Face de tamanho médio, de ossos solidos. Nariz, grosso, largo, arredondado, revirado, achatado, de raiz pouco pronunciada, de fraco contôrno. Labios largos, grossos, abertos. Malares fortes, salientes. Maxilar inferior, grande, largo, solido. Perfil, arqueado. Contôrno frontal da face, pentagonal. Fisionomia, masculina. Occiput, arredondado. Estatura mediana, corpo redondo, masculino. Atitude do corpo muito proxima da ereta. Musculatura espessa, firme; relevo muscular, forte. Paniculo gorduroso, escasso, de destribuição masculina. Pescoço grosso. Braços longos, grossos. Mãos grandes, firmes, longas. Pés, grandes. Torax, largo. Sistema piloso, fraco no tronco e nulo nos braços. Lanugem na nuca e braços. Pelos genitais grossos; delimitação masculina. Tiroide, ligeiramente aumentada de volume.

Mensurações: Est. 1,685. G. A. 1,815. Peso, 65 kg. Ast. 0,16. X. U. 0,23. U. P. 0,145. Perimetros: Pt. 0,955. Pa. 0,76. Pac. 0,85. Pab. 0,27. Pm. 0,215. Pp. 0,35. Comprimentos: M. inf. 0,885. M. sup. 0,815. Larguras: Le. 0,33. Lb. 0,29. Bi. 0,205. Cranio: Ph. 0,542. Ds. 0,19. Df. 0,15. Dv. 0,20. Aaf. 0,055. Aar. 0,07. Aad. 0,085. Arnb. 0,10. Bm. 0,06. Ln. 0,05.

Indices: Cefalico, 78. Nasal, 71. Pignet 8.

Tipo estrutural: Atletico musculoso.

3. – G. C., branco, casado, com 35 anos de idade, dentista, internado em 8 de abril de 1931. (Gaffrée Guinle).

Resumo da observação inicial. Ha 3 meses, irritabilidade; diminuição acentuada da memoria; desorientação no tempo e espaço. Presentemente atitude calma; facil emotividade; leve *deficit* da inteligencia. Afetividade, sem alteração aparente. Não faz uso de bebidas alcoolicas, segundo informa. Leve ataxia dos membros inferiores; reflexos rotulianos e aquilianos, abolidos; médio-pubiano, idem. Potencia genital, diminuida. Esboço de Romberg. Contôrno das pupilas, irregular. Reflexo fotomotor, abolido para O. D., muito diminuido para O. E.

Em 29 de abril de 1931. Atitude calma; fisionomia um pouco apagada; gesticulação e mimica reduzidas mas adequadas. Interrogado, responde com solicitude e sem revelar incoerencias. Ausencia de alucinações e ideias delirantes; abaixamento do nivel mental; orientação auto e alopsiquicas, normais; iniciativa, diminuida; tremor da lingua e dos labios; autocritica, perturbada.

Tabo-paralisis.

Reações de Nonne, positivas.

ESTRUTURA CORPORAL

Inspeção. Façe de contorno regular e de dimensões bem proporcionadas em relação ao tamanho da cabeça. Nariz um pouco grande, grosso, largo, ligeiramente sinuoso; de raiz cortante, ligeiramente sinuoso. Labios estreitos, fechados, firmes. Maxilar inferior, grande, largo, fortemente encurvado. Orelhas pequenas. Aboboda palatina, profunda. Fronte direita, larga. Perfil de queda reta. Contorno frontal da face: escudo largo. Fisionomia masculina. Cranio, grande, largo. Occiput, arredondado. Estatura, mediana; corpo redondo masculino. Espaduas, largas. Distribuição gordurosa, masculina, cabeça livre, membros inferiores delgados.

Barba forte. Os pelos dos supercilios invadem a glabela. Delimitação dos pelos genitais, masculina. Pelos ao nivel das espaduas e dos hombros.

Mensurações. Est. 1,69. G. A. 1,775. Peso 58 kgrs. As. 0,165. X. U. 0,225. U. P. 0,17. Perimetros: Pt. 0,89. Pa. 0,765. Pac. 0,825. Bab. 0,235. Pm. 0,20. Pp. 0,325. Comprimentos: M. inf. 0,87. M. sup. 0,795. Larguras: Le. 0,34. Lb. 0,30. Bi. 0,22. Cranio: Ph. 0,535. Ds. 0,19. Df. 0,15. Dv. 0,20, Aaf. 0,055. Aar. 0,065. Aad. 0,07. Arnb. 0,09. Bm. 0,045. Lm. 0,125. Lmi. 0,10. Ln. 0,041.

Indices: Cefalico 78. Nasal 63. Pignet 22.

Tipo estrutural: Atletico.

4. A. G. F. – Preto, casado, com 36 anos de idade, brasileiro, estivador, internado em 24-5-931 (Graffrée Guinle). Em 27-5-931, atitude calma; fisionomia apagada; mimica pouco movel; gesticulação movimentada. Interrogado, responde com solicitude e sem revelar incoerencias. Fala muito lentamente, parecendo associar idéas com dificuldade antes de expressa-las. Preocupa-se em mostrar que é criterioso; comprou uma casinha por 15 contos que pôs em nome dos filhos; ha muita ordem em sua casa; todos vivem em harmonia; trabalha com regularidade e constancia. Descrevendo como foi internado neste estabelecimento, como lhe fizeram a punção sub-ocipital, como lhe colheram o sangue para examiná-lo, mostra-se minucioso. Ausencia de alucinações e idéas delirantes. Facil emotividade. A meio de um assunto o paciente esquece-se do que dizia e passa a falar de outra cousa.

Hipoprosexia; hipomnesia; associação de idéas, lenta, dificultada; iniciativa reduzida. Orientação alopsiquica, normal; orientação alopsiquia, perturbada; abaixamento do nivel mental.

Demais, certas particularidades do estado mental do paciente lembram o do epileptico: viscosidade, etc.

Exames por ocasião da internação:

Sangue. Wassermann, positiva M. B. R. II, fortemente positiva. Kahn, negativa.

Liquor. Wassermann e Kahn, fortemente positivas. Nonne e Weichbrodt, fracamente positiva. Pandy, M. B. R. II., Takata-Ara, positiva. Lange, 012331000000, Benjoin................ 0021112220000000. Colofonia bicorada 2233220000. Albumina 0,20.

ESTRUTURA CORPORAL

Inspeção. Face alta. Nariz, grosso, largo, achatado, de dorso sinuoso e ponta arrendondada. Boca, grande. Labios largos, grossos, abertos e pendentes. Maxilar inferior, largo. Fronte larga. Perfil, arqueado fracamente. Contôrno frontal da face: pentagonal. Fisionomia masculina. Cranio grande, alongado e largo. Ociput, arredondado. Estatura mediana, corpo redondo, masculino. Relevo muscular, forte. Cabeça, grande. Braços, longos. Mãos, grandes. Pés, grandes e longos. Espaduas, largas. Ventre, delgado. Sistema piloso, forte. Pelos genitais, grossos, de delimitação masculina. Alguns pelos nas regiões deltoideas e logo abaixo das omoplatas.

Mensurações. Est. 1,707 G. A. 1,82. Peso 62,5 kgrs. Ast. 0,152. X. U. 0,215. U. P. 0,14. Perimetros: Pt. 0,875. Pa. 0,70. Pac. 0,865. Pab. 0,275. Pm. 0,215. Pp. 0,34. Comprimentos: Ms. inf. 0,915. M. sup. 0.823. Larguras: Le. 0,33. Lb. 0,29. Bi. 0,20. Cranio: Ph. 0,545. Ds. 0,19. Df. 0,152. Dv. 0,20. Aaf. 0,065. Aar. 0,07. Aad. 0,089. Arnb. 0,102. Bm. 0,06. Lm. 0,135. Lmi. 0,10. Ln. 0.048.

Indices: Cefalico, 80. Nasal, 68. Pignet, 20,7.

Tipo estrutural: Leptosoma com elementos atleticos.

5 – J. L. P. – Branco, casado, com 36 anos de idade, empregado no comercio, português, internado em 24-2-931 (Gaffrée Guinle).

Atitude cama; fisionomia pouco expressiva; gesticulação e mimica reduzidas, mas adequadas. Pouca atenção fixa ao interrogatorio que vai respondendo distraidamente e preferindo seguir o curso de suas idéas delirantes, fala espontaneamente sôbre estas, ora dirigindo-se ao interlocutor, ora em soliloquio, ora ainda parecendo responder a alguem invisivel ou interrogando êste alguem de quem exproba o procedimento. Queixa-se de seus inimigos e a eles fala diretamente, olhando irritado, para um determinado ponto no espaço. Diz ser nobre, principe, filho de Eduardo VII, rei da Inglaterra; metade do territorio do Brasil é seu; é Pedro Alvares Cabral, que já faleceu mas tem aparecido em outras gerações. Falando, mostra-se euforico e até jocoso; sente-se forte, bem disposto e é valente. Outras vezes fala com uma terceira pessôa, gracejando. E' principe desde o terremoto de 1855. Falando de seus inimigos, facilmente se irrita e grita indignado; despido, sente frio e diz que isto acontece "por maldade dos vagabundos" (sic).

Provaveis alucinações auditivas; orientação autopsiquica, perturbada; orientação alopsiquica, normal; iniciativa, per-

turbada; perda da autocritica; hipoprosexia; dismnesia de fixação euforia tola; idéa delirantes de grandeza e perseguição. Abaixamento do nivel mental. Disartria leve; tremor propulsivo da lingua; reações pupilares, normais: reflexos patelares e aquilianos, exaltados.

Exames por ocasião da internação:

Sangue. Wassermann, positiva.

Liquor. Wassermann, positiva. Linfocitose 3,9.

Nonne, francamente positiva.

ESTRUTURA CORPORAL

Inspeção. Face larga. Nariz, pontudo, revirado. Maxilar inferior, grande, largo, fortemente encurvado, solido. Malares, fortes, salientes. Abobada palatina, plana. Orelhas, planas, delgadas, livres. Fronte direita. Perfil, de queda reta. Contôrno frontal da face, pentagonal. Fisionomia, masculina. Cranio alongado, vertex, saliente, Ociput, acuminado. Protuberancia ocipital, forte. Estatura, mediana, corpo redondo, masculino. Distribuição gordurosa, masculina. Sistema piloso, forte na cabeça. Delimitação dos pelos genitais, masculina.

Mensurações. Est. 1,58. G. A. 1,62. Ast. 0,14. X. U. 0,20. U. P. 0,155. Perimetros: Pt. 0,80/0,845. P. A. 0,705. Pac. 0,785. Pab. 0,225. Pm. 0,195. Pp. 0,295. M inferior 0,795. M superior, 0,71. Larguras: Le. 0,32. Lb. 0,28. Bi. 0,22. Cranio: Ph. 0,55. Ds. 0,20. Df. 0,14 Dv. 0,19. Aaf. 0,065. Aar. 0,065. Aad. 0,07. Arnb. 0,09. Bm. 0,045. Lm. 0,125. Lmi. 0,11. Ln. 0,039.

Indices: Cefalico, 70. Nasal, 60.

Tipo estrutural: Atletico.

6 – A. J. G. preto, casado, com 37 anos de idade, brasileiro, pedreiro, internado em 29 de junho de 1931. (Gaffrée Guinle).

Atitude calma; fisionomia tranquila; gesticulação e mimica, adequadas. Interrogado, responde com solicitude e acerto. Ha um mez, ao chamado de um amigo, desperta com as idéas baralhadas, tremor pelo corpo, tonturas, dificuldade de falar pois sentia a lingua pesada. Ainda agora tem tonturas quando faz movimentos rapidos com a cabeça. Não apresenta alucinações, nem idéas delirantes. Hipomnesia. A marcha é incerta durante a noite, obrigando-o a olhar para o chão, não obstante os reflexos rotulianos, aquilianos

e o sinal de Romberg, são normais. Leve tremor da lingua e ligeira disartria.

Exames por ocasião da internação.

Sangue, Wassermann, M. B. R. II, fortemente positivas.

Liquor, Wassermann, M. B. R. II, Weichbrodt, Takata-Ara, fortemente positivas. Nonne, Pandy e Ross-Jones, positivas. Albumina, 0,25.

ESTRUTURA CORPORAL

Inspeção. Face de tamanho médio, em relação a cabeça. Nariz, grosso, largo, sinuoso, revirado, achatado, saltado, de ponta arredondada. Labios, largos, grossos, abertos. Malares, fortes, salientes. Aboboda palatina plana. Orelhas pequenas e prêsas. Glabela, larga. Perfil, arqueado fracamente. Contôrno frontal da face, pentagonal. Fisionomia, masculina. Ociput. arredondado. Protuberancia ocipital, fraca. Estatura, mediana; corpo redondo, masculino. Quadrado de espaduas. Musculatura, espessa. Relevo muscular, forte. Distribuição gordurosa, masculina. Membros superiores, longos e grossos. Membros inferiores, longos e grossos. Pés, largos. Espaduas, largas. Sistema piloso, forte, sabre tudo no tronco. Inicio de calvice na regiao ocipital. Palos genitais curtos e grossos; delimitação masculina.

Mensurações: Est. 1,69. G. A. 1,80. Peso, 71 kg. Ast. 0,175. X. U. 0,20. U. P. 0,14. Perimetros: Pt. 0,95. Pa. 0,75. Pac. 0,92. Pab. 0,27. Pm. 0,21. Pp. 0,37. Comprimentos: Membros superiores, 0,81. Membros inferiores, 0,854. Larguras: Le. 0,34. Lb. 0,29. Bi. 0,21 Cranio: Ph. 0,56. Ds. 0,20. Df. 0,16. Dv. 0,21. Aaf. 0,07. Aar. 0,065. Aad. 0,088. Arnb. 0,09. Bm. 0,06. Lm. 0,145. Lmi. 0,10. Ln. 0,049.

Indices: Cefalico, 80. Nasal, 75. Pignet, 3.

Tipo estrutural: Atletico musculoso; masculinidade.

7 – M. G. O. caboclo, casado, com 32 anos de idade, brasileiro, sargento do exército, internado em 14 de outubro de 1930. (Nina Rodrigues).

Baixou ao hospital por estar atacado de impaludismo e logo depois mostrou-se agitado com alucinações auditivas e visuais e dizendo que queriam matá-lo e roubar-lhe suas economias. O mestre da cosinha parecia propinar-lhe "uns troços na boia" (sic). Certa vez, ao passar por uma rua, sente que alguma cousa lhe entra palo corpo; ao ser abra-

çado pela sua esposa aquela cousa afasta-se de seu corpo. Ouvia vozes de pessoas que nasceram mortas.

Em 19 de março de 1931, atitude calma; fisionomia, apagada; gesticulação, adequada; mimica, reduzida mas tambem adequada. Interrogado, responde com solicitude e externato desde logo suas idéas delirantes de grandeza e perseguição. E' general do exército e imperador do Brasil; quer fechar êste hospital e transformar o edificio em um grande hotel pois o hospital não dá rendimento; sente-se muito contente e com bôa saúde; ao ter alta, irá passeiar na Europa, gosando a vida.

Hipoprosexia; Ammesia de fixação; euforia, perda da iniciativa e da autocrítica; abaixamento do nivel mental; fabulação.

Disartria; tremor da lingua, dos labios e extremidades digitais.

Exames ao ser internado:

Sangue, Wassermann, positiva.
Liquor, Wassermann, positiva em 1 c. c.
Linfacitose, 22. Nonne, positiva.

ESTRUTURA CORPORAL

Insspeção, Face, pequena. Maxilar inferior, pequeno, retraido e estreito. Laringe, forte. Fronte, fugidia, alta, abobadada, larga. Perfil arqueado e anguloso. Contôrno frontal da face: oval alongado. Fisionomia, masculina. Cranio, grande e largo. Ociput. arredondado. Estatura mediana corpo redondo e um tanto infantil. Estrutura dos ossos, delicada. Articulações: finas. Relevo muscular, fraco. Distribuição gordurosa, masculina. Cabeça, grande e livre. Pescoço, longo. Delimitação dos pelos genitais, masculina. Dois nucleos de pelos sôbre as espaduas.

Mensurações: Est. 1,58. G. A. 1,615. Peso, 45 kg. Ast. 0,17. X. U. 0,205. U. P. 0,14. Perimetros: Pt. 0,775. Pa. 0,73. Pac. 0,755. Pab. 0,22. Pm. 0,195. Pp. 0,29. Comprimentos: Membros inferiores, 0,835. Membros superiores, 0,715. Larguras: Le. 0,36. Lb. 0,26. Bi. 0,215. Cranio: Ph. 0,54. Ds. 0;185. Df. 0,15. Dv. 0,18. Aaf. 0,08. Aar. 0,07. Aad. 0,075. Arnb. 0,10. Bm. 0,05. Lm. 0,12. Lmi. 0,09. Ln. 0,035.

Indices: Cefalico, 81. Nasal, 50. Pignet, 36.

Tipo estrutural: Leptosoma.

8. – J. F. S., preto, solteiro, com 36 anos de idade, brasileiro, lavrador, internado em 25 de março de 1931.

Ha dez anos, cancros venereos e blenorragia, abandonando por esta ocasião 'seus habitos alcoolicos. Atitude um pouco apatica; fisionomia parada, parecendo distraido, gesticulação e mimica, pouco moveis mas adequadas. Interrogado, responde com solicitude e sem revelar incoerencias. Julga estar com saúde. Quando está com os "acessos" não come, vê estrelas durante o dia e ramos de flores e vultos a noite. Não podendo conciliar o sono levanta-se e põe-se a caminhar de una lado para outro. Facilmente se emociona e chora, dizendo ser, sem razão, odiado pelas outras pessoas e ter uma vida de sofrimentos porque seu trabalho é pesado; os demais o odeiam porque ele tem vida calma, socegada. Ouve vozes que o chamam pelo nome e o aconselham. Caminhando, é compelido, máu grado sua vontade, a tomar esta ou aquela direção. No chão, vê quadros, angulos, etc. Durante os estados que denomina "acessos" tem sensação de repleção na cabeça, zunido nos ouvidos e deixa-se ficar sentado, sem movimento, apatico. Não executa a prova de Pierre Marie.

Ideias de perseguição e influencia; orientação auto e alopsiquicas, normais; perda da iniciativa e da autocrítica; interiorisação. Abaixamento do nivel mental, pouco acentuado.

Insonias; tremor fibrilar da lingua, das extremidades digitais e dos labios.

Pesquizas feitas no sangue e liquor por ocasião da internação:

Sangue: Wassermann, positiva.

Liquor: Wassermann, positiva. Linfocitose, 13,1. Nonne, fracamente positiva.

ESTRUTURA CORPORAL

Inspeção. Face, grande, larga e redonda. Nariz grosso, largo, achatado e arredondado na ponta. Labios largos, grossos, abertos e pendentes. Molares fortes e salientes. Maxilar inferior, largo e um pouco retraido. Contorno frontal da face: pentaganol. Fisionomia, masculina. Estatura mediana; corpo redondo, masculino. Braços longos. Mãos, longas. Sistema piloso sem caracteisticas especiais. Delimitação dos pêlos genitais, masculina.

Mensurações. Est. 1,58. G. A. 1,69: Peso 53,5 kgrs. Ast. 0,15. X. U. 0,185. U. P. 0,145 Perimetros: Pt. 0,89, 5 Pa. 0,70, Pac. 0,83, Pub. 0,26, Pm. 0,21, Pp. 32; comprimentos: M. inf. 0,79, m. sup. 0,765. larguras: Le. 0,345, Lb. 0,295, Bi. 0,22, Cranio: Rh. 0,52; Ds. 0,18, Df. 0,14, Dv. 0,18, Aaf 0,065; Aar. 0,065; 0,09, Arnb. 0,10; Bm. 0,06; Lm. 0,13, Lmi. 0,095; 0,043.

Indices: Cefalico 77, Nasal 66, Pignet. 15.

Tipo estrutural: Atletico.

9. N. A. S. mestiço, viuvo com 30 anos de idade, brasileiro, operario, internado em 8 de abril de 1931.

Em 5 de maio de 931. Atitude calma; fisionomia apagada; gesticulação e mimica, reduzidas, mas adequadas. Interrogado, responde com solicitude mas em voz, arrastada e associando idéas com dificuldade. Sente-se bem de saude; não sabe opinar sôbre si está alegre ou triste; diz ser pobre; um preto fez uma “macumba” para ele. Ao falar, esbóça um riso tolo. Não apresenta alucinações. Perda da autocritica e da iniciativa; afetifidade embotada; idéas vagas de perseguição (?); hipoprosexia e hipommsia de fixação e evocação orientação autopisiquica, normal, orientação alopsiquica, perturbada.

Disartria; incontinencia vesical; tremor fibrilar da lingua e tremor dos labios.

Sangue. Wassermann, positiva. Liquor

Liquor. Wassermann, Nonne e Pandy, positivas. Albumina, tres divisões Linfocitos, 106,8.

ESTRUTURA CORPORAL

Inspeção. Face alta e estreita. Nariz grosso, saltado, de dorso sinuoso. Boca grande e de forte contorno. Labios largos, grossos, abertos e pendentes. Orelhas expessas e livres. Fronte direita e estreita. Perfil arqueado fracamente. Contorno frontal da face: oval alongado. Fisionomia masculina. Cranio alto, estreito e de vertex saliente. Occiput arredondado. Protuberancia occipital fraca. Estatura acima da mediana; corpo redondo e masculino. Distribuição gordurosa, masculina. Braços longos. Mãos grandes. Ventre em pequeno hemisferio. Ligeiro genu-valgus bilateral.

Sistema piloso fraco no tronco e forte nas regiões pubiana a superciliar. Pêlos genitais grossos e de delimitação masculina.

Mensurações. Est. .,69, G. A.. 174, Ast. 0,15 X. U: 0,205, U. P. 0,15, Perimetros: Pt. 0,86, Pa. 0,73, Pac. 0,835; Pab. 0235, Pm. 0,204, Pp. 0,345. Comprimentos: M. inf. 0,89, m. sup. 0,785. Larguras: Le. 0,33, Lb. 0,29, Bi. 0,20. Cranio: Ph. 0,533, Ds. 009, Df. 0,135, Dv. O,20, Aaf. 0,06; Aar. 0,064, Aad, 0,76, Arnb. 0,085, Bm. 0,55; Lm. 0,425; Lmi. 0,095, Ln. 0,039.

Indices: Cefalico 71, Nasal 60.

Tipo estrutural: Atletico.

10. A. R. mestiço, casada, com 22 anos de idade, brasileira, ocupa-se de serviço domestico, internada em 26 de fevereiro de 1931. (Esquirol).

Em 9 de junho de 1931. Atitude calma; fisionomia apagada; mimica e gesticulações reduzidas, mas adequadas. Interrogada, responde com solicitude e sem revelar incoerencias. Abaixamento do nivel mental; perda da iniciativa e autocritica; hipomnesia de fixação e evocacao, não apresenta alucinações, nem idéas delirantes; orientação autopsiquica, normal; orientação alopsiquica perturbada. Disartria muito acentuada, tremor fibrilar da lingua e tremor dos labios. Argyl Robertson.

Pesquizas laboratoriais por ocasião da internação. Sangue, Wassermann fracamente positiva.

Liquor, Wassermann positiva. Nonne, francamente positiva. Albumina total 0,30. Linfocitos 2,8. Lange 66665432 1000.

ESTRUTURA CORPORAL

Inspeção. Face de tamanho médio. Nariz grosso, achatado, saltado, de raiz cortante, dorso sinuoso, e ponta arredondada. Malares fortes e salientes. Maxilar inferior largo. Orelhas planas, coladas, delgadas e presas. Perfil, arqueado fracamente. Contorno frontal da face: escudo largo. Fisionomia feminina. Occiput arrendondado. Protuberancia occipital, forte. Estatura mediana; corpo redondo e feminino. Atitude relaxada. Distribuição gordurosa, feminina. Braços longos. Mãos estreitas e de dedos ponteagudos.

Ventre de gordura compacta e caído. Sistema piloso invade a fronte e as temporas. Delimitação dos pêlos genitais, feminina. Lanugem na nuca, coluna vertebral, braços e rosto.

Mensurações. Est. 1,565, G. A. 1,605. Peso 51 kgrs. Ast. 0,135 X. U. 0,215, U. P. 0,15. Perimetros: Pt. 0,795, Pa. 0,77, Pac. 0,86, Pab. 0,22, Pm. 0;19, Pp. 0,325. Com-

primentos: M. inf. 0,805 m. sup. 0,722. Larguras: Le. 0,275, Lb. 0,315, Bi. 0,225, Aaf. 0,06, Aar. 0,065, Aad. 0,065, Arnb. 0,085, Bm. 0,045, Lm. 0,12, Lmi. 0,09 Ln. 0'036.

Indices: Cefalico 80,5; Nasal 55; Pignet 26.

Tipo estrutural: Atletico.

11. J. G., branco, casado, com 37 anos de idade, rumeno, vendedor ambulante, internado em 25 de junho de 1931.

Atitude calma; fisionomia risonha; mimica movel; gesticulação adequada. Interrogado, responde com solicitude e sem revelar incoerencias. Sente-se forte, bem disposto e tem muita força. Ha dias conseguiu deslocar um automovel com 20 pessoas. E' rico, rei da França e agora do Brasil. Para o fim do interrogatorio irrita-se facilmente. Não compreende sua situação no hospital para onde veio, segundo diz, para falar corn seu advogado sôbre o dinheiro de umas letras.

Sintese. Hipomnesia; megalomania; facil irritabilidade; perda da autocritica e da iniciativa. Orientação auto e alopsiquicas, normais; abaixamento do nivel mental, não apresenta alucinações, nem ilusões. Sindrome maniaca.

Tremor fibrilar da lingua; ligeira disartria.

Exames por ocasião da internação. Reações de Nonne, positivas.

ESTRUTURA CORPORAL

Inspeção. Face, alta. Nariz grosso, largo, de dorso sinuoso e ponta arredondada. Contôrno da boca, forte. Labios largos, grossos, firmes, abertos. Orelhas, grandes, caidas, presas. Fronte, fugidía. Perfil arqueado. Contôrno frontal da face, oval alongado. Fisionomia, masculina. Cranio, pequeno, curto, vertex, saliente. Ociput, arredondado. Estatura mediana, corpo redondo, masculino. Atitude do corpo relaxada. Distribuição gordurosa, masculina. Pernas finas. Ventre caido. Bacia larga, masculina. Sistema piloso, forte. Início de calvicie nas frontes e temporas. Delimitação dos pelos genitais, masculina.

Mensurações. Est. 1,625. G. A. 1,64. Ast. 0,16. X. U. 0,165. U. P. 0,15. Perimetros: Pt. 0,83. Pa. 0,79. Pac. 0,85. Pab. 0,23. Pm. 0,205. Pp. 0,315. Comprimentos: M. inf. 0,825. M. sup. 0,735. Larguras: Le. 0,29. Lb. 0,30. Bi. 0,225. Cranio: Ph. 0,52. Ds. 0,18. Df. 0,15. Dv. 0,18. Aaf. 0,06. Aar. 0,065. Aad. 0,075. Arnb. 0,09. Bm. 0,05. Lm. 0,13. Lmi. 0,10. Ln. 0,04.

Tipo estrutural: Leptosoma com elementos atleticos.

12. – L. P. – Branco, casado, com 65 anos de idade, português, comerciante, internado em 27-6-931.

Attitude calma; fisionomia, aagada; gesticulação exagerada; mimica, pouco movel. Interrogado, responde com solicitude, revelando, por vezes, incoerenciase. Sente-se alegre e se mostra loquaz. Ao falar, porém, nas pessôas de sua familia, facilmente se emociona e chora. Sua internação é ainda de poucos dias e acredita que a todo o momento lhe será dada alta. Externa conceitos pueris e queixa-se de zunido nos ouvidos. Nao apresenta alucinações, nem ilusões.

Sintese. Idéas vagas de grandesa; não apresenta idéas de perseguição; associação incoerente; perda da autocritica e da iniciativa; abaixamento acentuado do nivel mental. Sindrome maniaca.

Disartria; tremor propulsivo da lingua. Pesquisas laboratoriais por ocasião da internação.

Sangue: Wassermann, fortemente positiva.

Liquor: Wassermann, M. B. R. II, Pandy Weichbrodt Ross Jones e Takata-Ara, fortemente positivas. Nonne, positiva. Lange 666653100000.

ESTRUTURA CORPORAL

Inspeção. Face de tamanho médio, de ossos tenros. Nariz, regular, de dorso reto. Malares, fortes e salientes. Maxilar inferior, largo mas delicado. Orelhas, presas. Fronte, direita. Perfil de queda reta e bem lançado. Contôrno frontal da face; escudo largo. Fisionomia, masculina. Cranio, grande. Occiput, arredondado; protuberancia occipital, fraca. Estatura, mediana; corpo grosso e masculino. Atitude, relaxada. Paniculo gorduroso; gordo. Distribuição gordurosa, masculina. Pescoço curto. Mãos, estreitas, dedos rombos. Ventre, espesso, de gordura compacta e caido. Bacia larga, masculina e envolvida de abuindante gordura. Sistema piloso, fraco na cabeca e forte no tronco. Calvicie nas frontes, temporas e ocipital; lusidia ilimitada. Delimitação dos pelos genitais masculina.

Mensurações. Est. 1,64. G. A 1,68. Peso 70 kgrs. Ast. 0,16 X. U. 0,275. U. P. 0,155. Perimetros: Pt. 0,95. Pa. 1,0 Pac. 0,89. Pab. 0,255. Pm. 0,20. Pp. 0,355. Comprimentos: M. inf. 0,846. M. sup. 0,75. Larguras: Le. 0,29. Lb. 0,305. Bi. 24. Cranio: Ph. 0,54. Ds. 0,20. Df. 0,14. Dv. 0,19. Aaf. 0,07. Aar. 0,065. Aad. 0,065. Arnb. 0,09. Bm. 0,045. Lm. 0,13. Lmi. 0,10. Ln. 0,039. Indices: Cefalico, 70. Nasal, 60. Pignet, 1.

Tipo estrutural: Picnico.

13. – J. F. A. – Mestiço, solteiro ,com 35 anos de idade, correeiro, brasileiro, internado em 26-3-931. (Nina Rodrigues.)

Atitude calma; fisionomia apagada, riso tolo; gesticulação adequada, mas reduzida; mimica, insulsa. Dificilmente fixa atenção ao interrogatorio e responde desde logo externando suas idéas de grandesa. Já combateu 10.000 soldados e venceu; pretende nos presentear com um terno de roupa; tem muito dinheiro (5 contos no Banco do Brasil); quanto mais retiradas faz, mais o depósito aumenta; ha muitos anos não nos vê; é um homem de força e de coragem; "quem mexer comigo cai logo morto" (sic). Gonserva-se calmo mas, si o irritam, bem depressa se excita muito; oferece-se para serviços de segurança; recíta versos; é incapaz de fazer uma adição simples; reconhece com dificuldade os algarismos, não executa a prova dos tres papeis de P. Marie.

Sintese. Idéas delirantes de grandesa tolas, pobres e absurdas; não apresenta idéas de perseguição; perda da iniciativa e autocritica; abaixamento consideravel do nivel mental; euforia tôla. Orientação auto-psiquica, normal: orientação alopsiquica, perturbada. Sindrome maniaca.

Disartria pronunciada; tremor fibrilar da lingua e das extremidades digitais; marcha por pequenos passos; reflexos patelares vivos.

Pesquisas laboratoriais:

Sangue, Wassermann, positiva.

Liquor, Wassermann, positiva. Nonne, positiva. Linfocitose, 8,6.

ESTRUTURA CORPORAL

Inspeção. Face de tamanho medio, redonda, gorda, de ossos tenros. Olhos pequenos. Nariz, grosso, largo, achatado de ponta arredondada, revirado. Labios largos, grossos, pendentes e abertos. Malares, salientes. Maxilar inferior, fortemente encurvado. Saliencia do laringe, fraca. Orelhas, espessas. Fronte larga e arredondada. Glabela, larga. Perfil arqueado fracamente. Contôrno frontal da face, escudo largo. Fisionomia, masculina. Granio, grande. Occiput, arredondado. Estatura, mediana; corpo socado e masculino. Atitude do corpo, relaxada. Paniculo gorduroso, gordo. Distribuição gordurosa, masculina. Cabeca, grande e fixada. Pescoço curto. Braços grossos. Mãos, largas. Pés, largos. Ventre espesso, de gordura compata e caido. Sistema piloso, medianamente desenvolvido. Delimitação dos pelos genitais, masculina.

Mensurações: Est. 1,52. G. A. 1,55. Peso, 0,675. Perimetros: Pt. 0,942. Pa. 0,82. Pac. 0,865. Pab. 0,27. Pm. 0,21. Pp. 0,365. Comprimentos: M. inf. 0,775. M. sup. 0,71. Larguras: Le. 0,31. Lb. 0,28. Bi. 0,23. Cranio: Ph. 0,58. Ds. 0,195. Df. 0,165. Dv. 0,19. Aaf. 0,07. Aar. 0,065. Aad. 0,08. Arnb. 0,095. Bm. 0,055. Lm. 0,14. Lmi. 0,105. Ln. 0,042.

Indices: Cefalico, 84. Nasal, 64. Pignet, + 9.

Tipo estrutural: Picnico.

14. – J. A. A., branco, solteiro, com 47 anos de idade, português, servente, internado em 7 de março de 1931. (Nina Rodrigues).

Atitude apatica; fisionomia apagada; mimica pouco movel; gesticulação reduzida e incerta. Interrogado, responde com solicitude mas externando conceitos pueris e, por vezes, incoerencias. Demais, suas respostas se fazem esperar. Não reconhece estar doente; sente-se forte e bem disposto; não sabe dizer si está alegre ou triste. Não sabe optar. Ao despir-se e vestir-se revela grande perda de iniciativa. Diz que a distancia que ha do chão ao teto da enfermaria mede 500 metros ou mais. Não apresenta idéas delirantes nem alucinações.

Sintese: Abaixamento consideravel do nivel mental, associação lenta, dificultada; perda da iniciativa e autocritica; incoerencias dismnesia de fixação e evocação. Sindrome demencial simples; tremor, generalisado. Marcha incerta. Anisocoria P. D. – P. E.

ESTRUTURA CORPORAL

Inspeção. Face de tamanho médio e contornos regulares. Nariz, grosso, de ponta arredondada, vermelho e encurvado. Orelhas, afastadas. Fronte, alta e direita. Perfil, arqueado fracamente. Contôrno frontal da face: oval. Fisionomia, masculina. Occiput, arredondado. Asimetria nasal. Estatura, mediana; corpo grosso e masculino. Distribuição gordurosa, masculina. Braços longos. Espaduas inclinadas para a borda interna do deltoide. Torax, curto. Bacia, larga e masculina. Sistema piloso, fraco na cabeça, supercilios, barba e tronco. Calvicie nas frontes. Delimitação dos pelos genitais, masculina. Acumulo de gordura nas regiões mamarias.

Mensurações: Est. 1,645. G. A. 1,715. Peso, 63 kg. Ast. 0,195. X. U. 0,165. U. P. 0,13 Perimetros: Pt. 0,95.

Pa. 0,805. Pac. 0,905 Pab. 0.25. Pm. 0,21. Pp. 0,345. Comprimentos: M. inf. 0,843. M. sup. 0,78. Larguras: Le. 0,34. Lb. 0,335. Bi. 0,26. Cranio: Ph. 0,545. Ds. 0,195. Df. 0,14. Dv. 0,185. Aaf. 0,07. Aar. 0,065. Aad. 0,07. Arnb. 0,09. Bm. 0,045. Lm. 0,13. Lmi. 0,095. Ln. 0,041.

Indices: Cefalico, 71. Nasal, 63. Pignet, 6,5.

Tipo estrural: Picnico;

15. – C. A. J., mestiço escuro, solteiro, com 44 anos de idade, carpinteiro, internado am 25 de fevereiro de 1931. (Nina Rodrigues).

Em 21 de março de 1931. Atitude instavel; fisionomia abatida; mimica, pouco movel; gesticulação, movimentada, em extensão e, por vezes, sem finalidade aparente. Interrogado, responde com solicitude mas prefere seguir o curso de suas idéas, queixando-se, chorando, por vezes, e mostrando-se contrariado porque os demais pacientes não estão trabalhando; quer ver todos em atividade, trabalhando, fazendo o país progredir. Faz qualquer trabalho, marcha “na frente” para qualquer cousa. Tem uma missão: “a de transformar o Brasil sob todos os pontos de vista”, pelo relatorio que mais tarde apresentará, ver-se-á o que fez. Tem muitos inimigos e amigos. Alguns daqueles, querem assasiná-lo. Deve combater a epidemia mas ha de vencer. Oferece dinheiro e diz ter um gabinete que é uma joia. Sente-se forte, feliz, não quer ver ninguem triste. Está sofrendo de toda molestia ruim: tuberculose, beriberi, morféa, etc. Juntou 50 contos. Não sabe ha quanto tempo está internado. Dizendo que agora está curado emociona-se e chora. Ouve uma voz que o aconselha e vê vultos e sombras. E' proprietario de um grande número de casas. Na França tem o título de rei, na Italia de principe, etc. etc.

Sintese: Hipeprosexia; dismnesia de fixação; idéas delirantes de grandeza e de perseguição de conteúdo absurdo; incoerencias; perda da iniciativa e da autocrítica; euforia tola. Orientação autopsiquica, normal; orientação alopsiquica, perturbada; abaixamento do nivel mental. Sindrome maniaca. Rigidês das pupilas.

Pesquizas laboratoriais por ocasião da internação.

Sangue, Wassermann, positiva.

Liquor, Wassermann e Nonne, positivas. Linfocitose 4,7.

ESTRUTURA CORPORAL

Inspeção: face de tamanho médio. Nariz de contôrno regular. Labio inferior, pendente. Orelhas, grandes, afastadas, espessas e livres. Fronte direita, alta, abobadada e larga. Perfil de queda reta. Contôrno frontal da face: oval alongado. Fisionomia, masculina. Cranio, grande. Occiput, arredondado. Estatura mediana; corpo redondo e masculino. Cabeça, grande. Torax, comprido. Sistema piloso de desenvolvimento médio. Calvicie nas frontes. Delimitação dos pelos genitais, masculina.

Mensurações: Est. 1,545. G. A. 1,57. Peso, 46 kg. Ast. 0,16. X. U. 0,225. U. P. 0,16. Perimetros: Pt. 0,782. Pa. 0,635. Pac. 0,79. Pab. 0,235. Pm. 0,195. Pp. 0,31. Comprimentos: M. inf. 0,77. M. sup. 0,69. Larguras: Le. 0,32. Lb. 0,30. Bi. 0,23. Cranio: Ph. 0,54. Ds. 0,19. Df. 0,15. Dv. 0,20. Aaf. 0,075. Aar. 0,065. Aad. 0,07. Arnb. 0,085. Bm. 0,05. Lm. 0,12. Lmi. 0,09. Ln. 0,04.

Indices: Cefalico, 78. Nasal, 61. Pignet, 30.

Tipo estrutural: Leptosoma com elementos picnicos.

16. – A. V. branco, casado, com 42 anos de idade, italiano, viajante commercial, internado em 7 de fevereiro de 1930. (Gaffrée Guinle).

Sindrome mental apresentado ao ser internado. Abaixamento do nivel mental. Não sabe o motivo de sua internação; incapacidade para o cálculo; *deficit* da memoria; deprimido.

Anisocoria P. D. – P. E. Ha 4 anos teve um ictus.

Em 7 de abril de 1931. Atitude calma; fisionomia pouco expressiva; gesticulação e mimica, adequadas. Interrogado, responde com solicitude e espontaneamente vai falando sôbre cousas de sua vida, ora dirigindo-se ao interlocutor, ora como em soliloquio. Encontra entre os outros pacientes, varios parentes: primos, irmão, filho. Por vezes, se excita e com eles implica. Ao falar em sua velha mãi, facilmente se emociona e chora.

Sintese: Abaixamento do nivel mental; perda da auto-crítica e iniciativa; orientação auto e alopsiquicas, normais; expansividade. Disartria; tremor fibrilar da lingua e tremor dos labios; hemiparesia facial. Tem tido varias crises epileptiformes.

Pesquizas laboratoriais por ocasião da internação.

Sangue, Wassermann, positiva.

Liquor. Wassermann, Nonne, Pandy, Takata-Ara, fortemente positivas. Lange, 366331000000. Benjoin.............................. 1222212222000000. Albumina, 0,30.

ESTRUTURA CORPORAL

Inspeção: Face alta. Nariz saltado e pontudo. Maxilar inferior, largo. Laringe, forte. Fronte larga. Perfil arqueado fracamente. Contôrno frontal da face, aproxima-se do escudo largo. Fisionomia masculina. Occiput, arredondado. 'Estatura mediana; corpo, redondo e masculino. Cabeça, grande, livre. Braços longos. Dedos das mãos longos e rombos. Pés longos. Bacia, larga. Sistema piloso, forte. Calvicie nas frontes, temporas e occiput; limitada e reluzente. Os supercilios invadem a glabela. A Barba invade o pescoço. Delimitação dos pelos genitais, masculina. Pelos ao nivel do dorso, das espaduas e do dorso do nariz.

Mensurações: Est. 1,64. G. A. 1,715. Peso, 54 kg. Ast. 0,65. X. U. 0,205. U. P. 0,165. Perimetros: Pt. 0,81. Pa. 0,68. Pac. 0,84. Aab. 0,23. Pm. 0,195. Pp. 0,31. Comprimentos: M. inf. 0,815. M. sup. 0,76. Larguras: Le. 0,35. Lb. 0,32. Bi. 0,225. Cranio: Ph. 0,54. Ds. 0,195. Df. 0,15. Dv. 0,20. Aaf. 0,05. Aar. 0,085. Aad. 0,09. Arnb. 0,11. Bm. 0,06. Ln. 0,039. Lm. 0,13. Lmi. 0,105.

Indices: Cefalico, 76. Nasal, 45. Pignet, 28.

Tipo estrutural: Atletico-1eptosoma.

17. – P. R., mestiço, solteiro, com 37 anos de idade, brasileiro, sapateiro, internado em 22 de novembro de 1930. (Gaffrée Guinle). Ao ser internado apresenta-se calmo mas dizendo possuir muita força, pois é capaz de erguer grandes pesos; irritabilidade facil; instabilidade de humor; chora, por vezes; orientação alopsiquica, perturbada; abaixamento do nivel mental; dismnesia da fixação pronunciada desde 3 mêses.

Disartria; insonia, reflexos aquilianos e patelares vivos.

Em 14 de abril de 1931. Atitude calma; fisionomia pouco expressiva; gesticulação adequada; mimica, reduzida. Interrogado, responde com solicitude e acerto. Certo gráu de logorréa. Sente como que um assobio no ouvido: Hipoprosexia; tendencia a cacoforia, dismnesia de fixação; abaixamento do nivel mental; perda da autocritica.

Disartria; tremor fibrilar da lingua. Pesquizas laboratoriais por ocasião da internação.

Sangue, Wassermann, M. B. R. II e Kahn, fortemente positivas.

Liquor. Wassermann. M. B. R. II, Pandy, Weichbrodt, Ross-Jones e Kahn, fortemente positivas, Lange 563422100000, Benjoin 00222222000000, Colofonia bicorada 0022322220, Linfocitos 6. Albumina total, 0,30.

ESTRUTURA CORPORAL

Inspeção. Face alta, nariz grosso, saltado, de dorso reto, forte contorno e raiz cortante. Labios estreitos. Maxilar inferior, grande e saliente. Saliencia do laringe, forte. Orelhas, presas. Fronte angulosa e de forte contorno. Perfil arqueado fracamente. Estatura mediana; corpo redondo e masculino. Espaduas, largas. Ventre, ligeiramente caído. Bacia, larga e masculina. Sistema piloso, fraco no tronco e invade as temporas e a nuca. Delimitação dos pelos genitais masculina.

Mensurações. Est. 1,685, G. A. 1,745, Peso 62 kgrs. Ast, 0,15 X 0,255, U; P. 0,165, Perimetros: Pt. 0,90, Pa. 0,750 Pac. 0,88, Pab. 0,24, Pm. 0,20, Pp. 0,335. Comprimentos: M . inf. 0,85, M. sup. 0,77, Largura: Le 0,33, Lb 0,32, Bi 0,22. Cranio: Ph. 0,52, Ds. 0,18, Df. 0,145, Dv. 0,20, Aaf. 0,06, Aar. 0,07; Aad. 0,083, Arnb. 0,14, Bm. 0,055, Lm. 0,125, Lmi. 0,105. Ln. 0,041. Indices: Cefalico, 80. Nasal, 58. Pignet, 16. Tipo estrutural: Atletico.

18. – J. P. L., mestiço claro, solteiro, com 42 anos de idade, brasileiro, bombeiro, internado em 26 de março de 1931. (Gaffrée Guinle).

Em outubro de 1930 apresentou tremores pelo corpo tonturas e excitação psicomotora.

Agora apresenta diminuição de memoria; emotividade exagerada; disartria; hiperreflexia; tremor das extremidades digitais.

Em 25 de abril de 1931. Atitude calma; fisionomia apagada; gesticulação adequada; mimica reduzida. Interrogado, responde com solicitude e acerto. Ausencia de alucinações e ideias delirantes. Abaixamento do nivel mental, dismnesia de fixação; hipoprosexia; afetividade embotada; orientação auto e alopsiquicas, normais.

Pesquizas laboratoriais por ocasião da internação.

Sangue: Wassermann positiva; M. B. R. II, e Kahn fortemente positivas.

Liquor: Wassermann, M. B. R. II e Kahn, fortemente positivas. Weichbrodt, Ross-Jones e Nonne fracamente positivas. Pandy e Takata Ara, negativas. Albumina total 0,22 Linfocitose 0,10.

ESTRUTURA CORPORAL

Inspeção. Face angulosa. Labios abertos. Malares fortes salientes. Maxilar inferior largo e solido. Orelhas grandes, afastadas e livres. Arco superciliar forte. Perfil arqueado fracamente e bem desenvolvido. Contorno frontal da face: escudo largo. Fisionomia masculina. Occiput, arredondado. Asimetria da face. Estatura mediana; corpo redondo e masculino. Quadrado de espaduas. Distribuição gordurosa, masculina. Espaduas largas. Torax largo. Ventre ligeiramente caido. Sistema piloso forte ao nivel do tronco, axilas e cabeça. Os pelos superciliares invadem a glabela. Os pelos da barba invadem o pescoço. Pelos genitais longos e de delimitação masculina. Alguns pelos ao nivel do dorso.

Mensurações. Est. 1,655, G. A. 1,72, Peso 58,600, Ast. 0,18 x U. 0,195, U. P. 0,161 Perimetros: Pt. 0,927, Pa. 0,755, Pac. 0,81, Pab. 0,235, Pm. 195, P. p. 0,32. Comprimentos: M. inf. 0,845, M. sup. 0,76. Larguras. Le 0,335, Lb. 0,285, Bi. 0,22. Cranio: Ph. 0,53, Ds. 0,19, Df. 0,14 Dv. 0,20, Aaf. 0,065, Aar. 0,06, Aad. 0,08, Arnb. 0,085, Bm. 0,055, Lm. 0,125, Lmi. 0,09, Ln. 0,04.

Indices: Cefalico, 73. Nazal, 66. Pignet, 14. Tipo estrutural. Atletico.

19. – A. O., branco, casado, com 34 anos de idade, eletricista, italiano, internado em 20 de maio de 1930. (Pinel).

Em 15 de maio de 1931. Atitude calma; fisionomia apagada; gesticulação e mimica reduzidas. Interrogado, responde com solicitude e externando bem depressa suas idéas delirantes de grandeza; vai ficar remediado, pois pretende comprar uma casa para sua familia; pretende tambem comprar uma vitrola, dois automoveis, landaulet para casamentos e batisados e um cinema falante. Idéas de grandesa absurdas e moveis; perda da iniciativa e auto-critica; abaixamento do nivel mental; orientação centro-psiquica, normal; orientação alopsiquica, perturbada; certo gráu de euforia

Anisocoria; disartria; tremor fibrilar da lingua.
Pesquizas laboratoriais após a malarioterapia.
Sangue: Wassermann positiva.
Liquor: Wassermann: Nonne e Pandy positivas.
Demais pesquizas, negativas.

ESTRUTURA CORPORAL

Inspeção. Face de tamanho medio. Nariz grande, comprido, em delgado de coronha e de raiz cortante. Labios estreitos. Laringe forte. Abobada palatina profunda. Orelhas presas. Fronte fugidia. Perfil arqueado. Contorno frontal da face. oval. Fisionomia masculina. Occiput, arredondado. Protuberancias occipital fraca. Estatura pequena; corpo redondo e masculino. Atitude relaxada. Estrutura dos ossos, delicada. Articulações finas. Musculatura delgada e placida. Distribuição gordurosa, masculina. Braços longos e finos. Pernas finas. Ventre caído. Escoliose leve. Sistema piloso, forte na região superciliar; Barba fraca. Os pelos superciliares invadem a glabela. Calvicie nas frontes, temporas e ociput., indelimitada. Delimitação dos pêlos genitais, masculino. Lanugem ao nivel da nuca e dos braços.

Mensurações. Est. 1,555, G. A. 1,655, Peso 50, Ast. 0,145 x 0,182, U. P. 0,145. Perimetros: Pt. 0,797, Pa. 0,73, Pac. 0,76, Pab. 0,20, Pm. 0,175, P. p. 0,275. Comprimentos: M. inf. 0,815, M. sup. 0,73. Larguras: Le. 0,306, Lb. 0,285, Bi. 0,20. Oranir: Ph. 0,535, Ds. 0,186, Df. 0,14, Dv. 0,19, Aaf. 0,065, Aar. 0,072, Aad. 0,068, Arnb. 0,09; Bn. 0,049, Lm. 0,13, Lmi. 0,095, Ln. 0,034.

Indices: Cefalico, 75. Nasal, 47. Pignet, 25,75. Tipo estrutural: Leptosoma.

20. – C. J. S., branco, solteiro, com 35 anos de idade, brasileiro, internado em 29 de abril de 1931 (Pinel). Atitude calma; fisionomia tranquila; gesticulação e mimica, adequadas. Interrogado, responde com solicitude bem que contrariado com a internação. No inicio da molestia, apresentou excitação psicomotora e só falava em riquezas dizendo ser o maior tenor do mundo. Presentemente não apresenta ideias delirantes, nem alucinações mas a hipomnesia é sensivel.

Reação fotomotora, diminuida; reflexos patelares, exaltados: tremor fibrilar da lingua; tremor das extremidades

digitais e dos labios; orientação auto-psiquica, normal; orientação alopsiquica perturbada.

Reações de Nonne por ocasião da internação, todas positivas.

ESTRUTURA CORPORAL

Inspeção. Face de tamanho medio e ossos solidos. Nariz saltado, pontudo, recurvado e de raiz cortante. Boca grande. Labios estreitos e fechados. Malares fortes e salientes. Maxilar inferior, largo e solido. Orelhas grandes, afastadas e presas. Fronte fugidia. Perfil, arqueado fortemente. Contorno frontal da face; escudo largo, fisionomia masculina. Cranio pequeno, curto e alto. Ventre saliente. Occiput. plano. Estatura mediana; corpo redondo e masculino. Distribuição gordurosa, masculina. Bacia larga, porém, masculina. Sistema piloso, fraco na cabeça e membros inferiores; forte na região superciliar. Supercilios largos. Pelos genitais, grossos e de delimitação masculina.

Mensurações. Est. 1,73.5, G. A. 1,72, Ast. 0,165 X U. 0,245. U. P. 0,18. Perimetros: Pt. 0,86, Pa. 0,795, Pa. 0,875, Pab. 0,23, Pm. 0,20, P. p. 0,31. Comprimentos: M. inf. 0,885, M. sup. 0,77. Larguras: Le. 0,34, Lb. 0,32, Bi. 0,225. Craneo: Ph. 0,545, Ds. 019, Df. 0,14, Dv. 0,20, Aaf. 0,07, Aar. 0,07, Aad. 0,078, Arnb. 0,095, Bm. 5,053; Lm. 0,125, Lmi. 0,10, Ln. 0,036.

Indices: Cefalico, 73. Nasal, 51. Tipo estrutural: Atletico-leptosoma.

21. – M. S. – Branco, casado, com 45 anos de idade, italiano, negociante, internado em 11-10-930, Sindrome mental apresentado por ocasião da internação. (Gaffrée-Guinle.)

Malarisado na Europa e no Sanatorio Botafogo (Rio), tendo melhorado muito. Voltando a peorar é recolhido a esta clinica. Presta informações insuficientes e imprecisas, por escrito, pois diz não poder falar.

Os primeiros sintomas da molestia, em 1926, foram: grande irritabilidade, disartria e tremor do braço direito.

Em 8-4-931, atitude apatica; fisionomia inexpressiva; mimica, mobilidade; gesticulação, por assim dizer, nula. Interrogado, nada responde, levando a mão á garganta para explicar seu mutismo. Parece mesmo compreender apenas uma ou outra pergunta mais simples. E' inutil prolongar o exame. Dario o intenso tremor que apresenta nas extremidades digitais, nem mesmo fasendo-o escrever, é possivel

entrar em contato com seu psiquismo. Sua atitude, porém, não é de alucinado ou delirante.

Sindrome demencial; afasia.

Pesquisas laboratoriais por ocasião da ultima internação:

Sangue, Wassermann, fracamente positiva.

Liquor, Wassermann, fortemente positiva. Pandy, fracamente positiva. Nonne e Lange, negativas. Benjoin.................... 001222220000.

ESTRUTURA CORPORAL

Inspeção. Face de tamanho medio, redonda e de ossos tenros. Nariz grosso e ligeiramente encurvado. Labios estreitos, retraidos e fechados. Laringe pouco saliente. Orelhas grandes. Fronte larga. Perfil de queda reta. Contorno frontal da face, oval. Fisionomia, masculina. Cranio, grande. Ociput, arredondado. Protuberancia ocipital, fraca. Estatura, mediana; corpo redondo e masculino. Atitude do corpo, relaxada. Musculatura, delgada. Relevo muscular, fraco. Depositos gordurosos no ventre e quadris. Pescoço, curto. Cabeça, fixada. Braços, finos. Mãos, estreitas. Torax, curto. Ventre espesso, de gordura compata e caido. Sistema piloso, forte nos braços, nas axilas e no tronco; fraco nos supercilios; pelos nas espaduas. Calvicie nas frontes e temporas e ociput.

Mensurações. Est. 1,62. G. A. 1,70. Ast. 016. X. U. 0,215. U. P. 0,17. Perimetros: Pts 0,845 Pa 0,92 Pac 0,89 Pab 0,235 Pm 0,19 Pp 0,30. Comprimentos: M. inf. 0,83, M. sup. 0,755. Larguras: Le. 0,30. Lb. 0,31. Bi. 0,25. Cranio: Ph. 0,525. Ds. 0,185. Df. 0,14. Dv. 0,185. Aaf. 0,065. Aar. 0,07. Aad. 0,065. Arnb. 0,09. Bm. 0,05. Lm. 0,125. Lmi. 0,09. Ln. 0,037 Peso, 61,5 kgrs.

Indices: Cefalico, 75. Nasal, 53. Pignet, 16.

Tipo estrutural: picnico, com elemento displasico.

22. – A. J. C. – Branco, casado, com 45 anos de idade, brasileiro, funcionario publico, internado em 1-3-931. (Gaffrée-Guinle.)

Anamnese. Estado mental apresentado por ocasião da internação. Ha algum tempo queixava-se de cefaléa e andava muito irritado; chorava frequentemente e aborrecia-se das pessôas da familia. Não respondia com acerto e falava a todo o momento de um quadro de Coração de Jesus que tinha em casa. Abaixamento acentuado do nivel mental; puerilidade de conceitos; desorientação alo-psiquica; orientação auto-psiquica, normal. Disartria; tremor dos labios. e das extre-

midades digitais. Reflexos abdominais, rotuleanos e aquileanos, abolidos.

Em 9-4-931, atitude apatica; fisionomia apagada; mimica insulsa, tola; gesticulação redusida e indecisa. Interrogado, responde com solicitude, facilmente emocionando-se e revelando, por veses, incoerencias. Frequentemente fala em um quadro da imajem do Coração de Jesus que tem em sua casa. Basta olhar para este para obter tudo o que quer. Sente-se forte, feliz e alegre. Diz muito satisfeito, ter ouvido Caruso cantar; tem 15 anos de idade. Ao vêr passar uma enfermeira aponta para ela dizendo ser sua mãe. Tem muito dinheiro no banco e momentos depois, diz nada ter. Não gosta de preto, diz irritado.

Sintese. Supersugestibilidade; facil emotividade; puerilidade de conceitos, incoerencias; megalomania; idéas misticas; abaixamento consideravel do nivel mental; orientação auto-psiquica normal; orientação alo-psiquica, perturbada no tempo. Disartria; tremor propulsivo da lingua e das extremidades digitais.

Pesquisas laboratoriais por ocasião da internação:

Sangue. Wassermann, M. B. R. II, Kahn, fortemente positivas.

Liquor. Wassermann, Nonne, M. B. R. II, Weichbrodt, Ross-Jones, Takata-Ara, Kahn, fortemente positivas. Lange 00133333000. Albumina total 0,90. Linfocitose 40,2.

ESTRUTURA CORPORAL

Inspeção. Face alta, estreita, modelada com finura. Nariz grosso nas bases, mas de raiz cortante. Orelhas grandes e presas. Fronte direita e alta. Glabela, fraco. Perfil de queda reto e bem lançado. Contôrno frontal da face, oval alongado. Fisionomia, masculina. Cranio de tamanho medio, vertex saliente. Ociput, arredondado. Protuberancia ocipital, fraca. Estatura mediana; corpo redondo e masculino. Atitude do corpo relaxada. Musculatura delgada, flacida. Distribuição gordurosa, masculina. Cabeça, grande. Braços, finos. Pernas, curtas e grossas. Mãos, estreitas. Ventre, espesso e caido. Sistema piloso, forte no tronco, nas axilas e no pubis. Calvicie nas frontes, temporas e ociput, limitada e reluzente. Delimitação dos pelos genitais, masculina. Pelos ao nível do dorso e das espaduas.

Mensurações. Est. 1,62. G. A. 1,60. Ast. 0,17. X U. 0,175. Pab. 0,225. Pm. 0,18. Pp. 0,35. Comprimentos: M. inf. 0,79.

U. P. 0,175 Perimetros: Pt 0,875 Pa 0,825 Pac 0,875. M. sup. 0,72. Larguras: Le. 0,32. Lb. 0,315. Bi. 0,23. Cranio: Ph. 0,525. Ds. 0,19. Df. 0,14. Dv. 0,19. Aaf. 0,06. Aar. 0,065. Aad. 0,065 Arub. 0,085. Bm. 0,05. Lm. 0,115. Lmi. 0,095. Ln. 0,038.

Indices: Cefalico, 73. Nasal, 58.

Tipo estrutural: Picnico.

23. – M. B. S. – Branco, casado, com 27 anos, brasileiro, empregado no comercio, internado em 31-12-929. (Gaffrée-Guinle.)

Em 11-4-931 Atitude calma; fisionomia, pouco expressiva; gesticulação e mimica, adequadas, mas reduzidas. Interrogado, responde com solicitude e, porque sabe falar inglês, sempre procura exprimir-se nesta lingua. Sente-se bem, forte, pronto para o trabalho. Queixa-se de que sua cabeça é muito grande e não lhe pertence. Apontando para partes do corpo, diz: "veja, isto não é meu, está diferente do que era". Sente duas cabeças proximas de suas narinas, que por elas procuram entrar. Diz estar alegre e satisfeito. Acredita ser possivel lhe trocarmos a cabeça. Quando apresenta excitação psico-motora, fala em altos brados, em inglês. Refere-se constantemente a suas ocupações comerciais e externa grande desejo de voltar a elas. Tem muito dinheiro a receber. Perece não haver alucinações visuais nem auditivas; alucinações cenestesicas; idéas vagas de grandesa; perda da auto-critica e inicitiva; orientação auto e alopsiquicas, normais; abaixamento do nivel mental.

Disartria; tremor fibrilar da lingua.

Pesquisas laboratoriais por ocasião da internação:

Sangue. Wassermann e Kahn, negativas.

Liquor. Wassermann, fortemente positiva. Nonne, M. B. R. II, Pandy e Weichbrodt, fracamente positivas. Takata-Ara e Kahn, positivas. Lange 112321000000. Colofonia bicorada 1223100000. Albumina total 0,28. Linfocitos 0.

ESTRUTURA CORPORAL

Inspeção. Face, larga, gorda, redonda, de tamanho medio e ossos tenros. Nariz, reto, saltado e vermelho. Orelhas, planas e presas. Fronte, ligeiramente recuada. Perfil, arqueado fracamente. Contorno frontal da face: escudo largo. Fisionomia, masculina. Cranio grande e largo. Estatura, mediana; corpo, grosso e masculino. Atitude do corpo, relaxada. Paniculo gorduroso, gordo. Distribuição gordurosa, masculina. Cabeça,

arredondada e fixada. Pernas curtas e grossas. Mãos largas e firmes. Torax, curto. Ventre, espesso, caido e de gordura compata. Bacia, larga envolvida em abundante camada de gordura. Sistema piloso, forte nos supercilios, braços e membros inferiores; no tronco, nas axilas e na barba. Calvicie nas frontes, temporas e ociput; limitada e reluzente. Os supercilios invadem ligeiramente a glabela. A barba invade o pescoço. Pelos genitais, longos e grossos; de delimitação masculina. Pelos ao nivel das espaduas e do dorso.

Mensurações. Est. 1,69. G. A. 1,76. Peso 86 kgrs. Ast. 0,175. X. U. 0,24. U. P. 0,175. Perimetros: Pt. 1,045. Pa. 0,955. Pac. 1,025. Pab. 0,28. Pm. 0,23. Pp. 0,37. Comprimentos : M. inf. 0,885. M. sup. 0,79. Larguras: Le. 0,345. Lb. 0,35. Bi. 0,25. Cranio: Ph. 0,59. Ds. 0,205. Df. 0,16. Dv. 0,20. Aaf. 0,075. Aar. 0,065. Aad. 0,075. Arnb. 0,085. Bm. 0,055. Lm. 0,14. Lmi. 0,105. Ln. 0,042.

Indices: Cefalico, 78. Nasal, 64. Pignet, + 22.

Tipo estrutural: Picnico.

24. – J. A. P. – Mestiço, solteiro, com 31 anos de idade, empregado no comercio, internado em 4-4-931. (Gaffrée-Guinle.)

Atitude calma; fisionomia apagada; gesticulação e mimica reduzidas, mas adequadas. Interrogado, responde com solicitude, mas torna-se dificil compreende-lo devido a ser gago. Compreende com dificuldade ordens que não sejam simples e queixa-se de perda de memoria. Chora porque não lhe dão banho. Conservação pueril. E' filosofo pitagorico. Diz frases em latim e crê ser "puro" (sic). Fala na estrela dos Magos e traça em papel sinais cabalisticos. Abaixamemo do nivel mental. Megalomania. Disartria; tremor fibrilar da lingua.

Pesquisas laboratoriais, por ocasião da internação:

Sangue. Wassermann e M. B. R. II, fortemente positivas.

Liquor, Wassermann, M. B. R. II e Kahn, fortemente positivas. Nonne e Pandy, fracamente positivas. Takata-Ara e Colofonia bicorada, negativas. Linfocitos, 0.

ESTRUTURA CORPORAL

Inspeção. Face de tamanho medio e ossos tenros. Nariz, de contorno regular. Labios, estreitos e fechados. Maxilar inferior, pequeno, baixo, fracamente encurvado e delicado, mas, não retraido. Orelhas, enroladas. Fronte, um pouco

alta. Perfil, arqueado fracamente. Contorno frontal da face, aproxima-se do pentagonal. Fisionomia, masculina. Cranio, largo. Ociput, piano. Estatura, mediana; corpo, redondo e masculino. Articulações, finas. Distribuição gordurosa, masculina. Cabeça, grande e livre. Braços, longos (?). Ventre espesso, caido e de gordura compata. Sistema piloso, fraco no tronco. Pelos genitais, longos e grossos.

Mensurações. Est. 1,645. G. A. 1,645. Peso 62,500 kgrs. Ast. 0,13. X. U. 0,24. U. P. 0,14. Perimetros: Pt. 0,85. Pa. 0,865. Pac. 0,865. Pab. 0,24 Pm. 0,195. Pp. 0,335. Comprimentos: M. inf. 0,865. M. sup. 0,725. Larguras: Le. 0,315. Lb. 0,30. Bi. 0,235. Cranio: Ph. 0,56. Ds. 0,20. Df. 0,155. Dv. 0,19. Aaf. 0,07. Aar. 0,07. Aad. 0,07. Arnb. 0,095. Bm. 0,05, Lmi. 0,09. Ln. 0,038.

Indices: Cefalico, 77. Nasal, 54. Pignet, 17,25.

Tipo estrutural: Picnico-leptosoma.

25.1 – J. B. – Branco, casado, com 55 anos de idade, rumeno, negociante, internado em 26-4-931. (Gaffrée-Guinle).

Atitude, calma; fisionomia, apagada; gesticulação, adequada; mimica, reduzida. Interrogado, responde com solicitude e sem revelar incoerencias. Nao apresenta idéas delirantes nem alucinações; hiperemotividade; hipoprosexia; associação, lenta; dismnesia de fixação; iniciativa diminuida; orientação auto e alopsiquicas, normais. Disartria; anisocoria; tremor propulsivo da lingua.

Pesquisas laboratoriais por ocasião da internação:

Sangue. Wassermann, negativa.

Liquor. Wassermann, B. N. R. II, Pandy, Weich-brod e Takata-Ara, fortemente positivas. Nonne, fracamente positiva, Ross-Jones, negativa. Lange, 012342100000. Benjoin, 0122222222200000. Albumina, 0,40.

ESTRUTURA CORPORAL

Inspeção: Face, larga, flacida, redonda, de ossos tenros. Nariz, grande, grosso, largo, de ponta arredondada, vermelho e ligeiramente encurvado. Maxilar inferior, largo. Aboboda palatina, profunda. Orelhas grandes, enroladas e espessas. Glabela, larga. Perfil, arqueado fracamente e bem desenvolvido. Contorno frontal da face: pentagonál. Fisionomia, masculina. Cranio, grande, largo e alto. Ociput, arredondado. Atitude do corpo, relaxada. Paniculo adiposo, gordo. Distribuição gordurosa, masculina. Cabeca, grande e fixada.

Pescoço, curto. Braços finos. Mãos estreitas. Ventre, espesso, caido e de gordura compacta. Bacia larga e envolvida em abundante camada de gordura. Sistema piloso, forte no tronco e fraco para os supercilios. Calvicie nas frontes, temporas e no ociput; limitada e reluzente. Delimitação dos pelos genitais, masculina. Pelos ao nivel do dorso e das espaduas.

Mensurações: Est. 1,65. G. A. 1,675. Peso, 68 kgrs. Ast. 0,15. X. U. 0,255. U. P. 0,125. Perimetros: Pt. 0,91. Pa. 0,935. Pac. 0,91. Paf. 0,265. Pm. 0,21. Pp. 0,305. Comprimentos: M. inf. 0,855. M. sup. 0,76. Larguras: Le. 0,28. Lb. 0,335. Bi. 0,23. Cranio: Ph. 0,57. Ds. 0,20. Df. 0,15. Dr. 0,205. Aaf. 0,07. Aar. 0,075. Aad. 0,085. Arnb. 0,105. Bm. 0,055. Lm. 0,145. Lmi. 0,115. Ln. 0,04.

Indices: Cefalico, 75. Nazal, 53. Pignet, 6.

Tipo estrutural: Picnico.

26. – S. A. R., branco, casado, com 40 anos de idade, brasileiro, telegrafista, internado em 1 de junho de 1931. Atitude calma; fisionomia tranquila; gesticulação e mimica adequadas. Interrogado, responde com solicitude e acerto Ha 6 anos, aproximadamente, adquiriu sifilis. Ultimamente, após a revolução de 3 de outubro, ao deixar um dia seu serviço, cai ao solo com um ataque, que não sabe caracterisa-lo. Sabe por pessoas de sua familia, que desde então começou a apresentar disturbios mentais, pois dizia coisas "desencontradas" (sic). Durante um certo periodo, não soube o que fazia. Lembra-se de que veiu para cá mas só agora, dia após, é que se acha perfeitamente consciente. Recorda-se de que anteriormente, tinha um zunido nos ouvidos e quando dizia alguma coisa ouvia a mesma frase se repetir varias vezes; sentia-se tambem esquecido. Não apresenta idéas delirantes. Alucinações auditivas diferenciadas, agora dissipadas. A não ser a memoria que se encontra, diminuida, as outras manifestações do psiquismo apresentam um deficit pouco sensivel. Orientação auto e alopsiquicas, normais. Reflexos patelares, abolidos. Redução da potencia genital.

Pesquizas laboratoriais por ocasião da internação. Reações de Nonne, positivas.

ESTRUTURA CORPORAL

Inspeção: Face um pouco alta. Nariz, grande, comprido, sinuoso, grosso, encurvado e de raiz cortante. Orelhas,

grandes, afastadas e livres. Fronte fugidia. Glabela, alta. Perfil, arqueado fracamente. Contorno frontal da face, oval alongado. Fisionomia masculina. Ociput, acuminado. Protuberancia ocipital, forte. Estatura, mediana; corpo grosso e masculino. M. inf. curtos. Atitude do corpo, relaxada. Paniculo gorduroso: gordo. Distribuição gordurosa, masculina. Pernas curtas e grossas. Torax, largo. Ventre, espesso, caido e de gordura compacta. Sistema piloso, fraco no tronco; forte para os supercilios. Os pelos da cabeça invadem a fronte. Pelos genitais, longos, grossos e de delimitação masculina.

Mensurações: Est. 1,635. G. A. 1,685. Peso, 70 kg. Ast. 0,16. X. U. 0,245. U. P. 0,135. Perimetros: Pt. 0,915. Pa. 0,845, Pac. 0,955. Pab. 0,26. Pm. 0,20. Pp. 0,365. Comprimento : M. inf. 0,825. M. sup. 0,755. Larguras: Le. 0,335. Lb. 0,325. Bi. 0,21. Cranio: Ph. 0,365. Ds. 0,195. Df. 0,155. Dv. 0,20. Aaf. 0,065. Aar. 0,075. Aad. 0,09. Arnb. 0,105. Bm. 0,056. Lm. 0,14. Lmi. 0,10. Ln. 0,039.

Indice : Pignet, 2.

Tipo estrutural: Picnico-atletico.

27. – V. A. M., Branco, casado, com 30 anos de idade, brasileiro, quimico, internado em 7 de março de 1931.

Atitude calma; fisionomia, apagada; gesticulação reduzida; mimica, pouco movel. Interrogado, responde com solicitude e acerto. Diz sentir-se muito hem nao reconhecendo estar doente. Não sabe porque foi internado. Não tem alucinações nem idéas delirantes. Abaixamento do nivel mental. Puerilidade de conceitos; orientação auto e alopsiquicas, normais. Dismnesia de fixação. Tremor fibrilar da lingua e tremor dos labios. Pupila D. de contorno irregular, Argyll Robertson.

Pesquizas laboratoriais por ocasião da internação.

Sangue. Wassermann, negativa. M. B. R. II, positiva.

Liquor. Wassermann, M. B. R. II, Takata-Ara e Kahn, fortemente positivas. Nonne, Pandy, Weichbrodt e Ross-Jones, positivas. Limfocitos 0. Albumina total 0,10. Lange, 666321000000. Colofonea bicorada, 2333210000.

ESTRUTURA CORPORAL

Inspeção: Face de tamanho medio. Nariz de contornos regulares. Boca, pequena. Labios, abertos. Maxilar inferior, delicado e levemente retraido. Saliencia do nariz, fraca.

Orelhas, presas. Fronte, larga. Perfil, arqueado fracamente e anguloso. Contorno frontal da face: escudo largo. Fisionomia, masculina. Cranio curto e largo. Ociput, plano. Estatura mediana; corpo redondo e masculino. Musculatura, delgada. Relevo muscular, fraco. Paniculo gorduroso, excedendo um pouco o medio. Distribuição gordurosa, masculina. Ventre espesso e caido. Bacia, larga, masculina. Sistema piloso, fraco. Calvicie nas frontes e temporas. Pelos genitais, finos e de delimitação masculina. Raros pelos na glabela.

Mensurações: Est. 1,65. G. A. 1,635. Ast. 0,165. X. U 0,21. U. P. 017. Perimetros: Pt. 0,86. Pa. 0,82. Pac. 0,89. Pab. 0,235. Pm. 0485. Pp. 0,34. Comprimentos: M. inf. 0,83. M. sup. 0,74. Larguras: Le. 0,315. Lb. 0,32. Bi. 0,24. Cranio: Ph. 0,53. Ds. 0,18. Df. 0,145. Dv. 0,18. Aaf. 0,065. Aar. 0,065. Aad. 0,073. Arnb. 0,09. Bm. 0.06. Lm. 0,13. Lmi. 0,10. Ln. 0,35.

Indices: Cefalico, 80. Naza 53. Pignet, 19.

Tipo estrutural: Picnico-leptosoma.

28. – S. A. L. F., branco, casado, com anos de idade, brasileiro, oficial do exercito, internado em 18 de março de 1931. (Calmeil)

Atitude calma; fisionomia tranquila, um pouco abatida; gesticulação movimentada; mimica, adequada. Interrogado, responde com solicitude e sem revelar incoerencias. Já viu o diabo que o interrogou. Isto, porém, aconteceu apenas uma vez. Facilmente se emociona e uma vez mesmo, chega ao pranto. Recita versos de sua lavra tomando atitudes pateticas e cantando no fraseiar. Diz: a desgraça só existe na imaginação dos polineuriticos.

Orientado; autocrítica, diminuida; memoria, idem; loquacidade; facil emotividade; instabilidade afetiva; abaixamento do nivel mental; alucinações visuais, anteriormente.

Disartria leve; tremor fibrilar da lingua; tremor das extremidades digitais.

Pesquizas laboratoriais por ocasião da internação. Reações de Nonne, positivas.

ESTRUTURA CORPORAL

Inspeção. Face, larga, angulosa e de ossos solidos. Nariz, encurvado, saltado, de raiz cortante. Labios, estreitos retraidos. Malares, fortes e salientes. Maxilar inferior, grande, largo, solido e fortemente encurvado. Fronte larga.

Perfil, arqueado fracamente e bem desenvolvido. Contorno frontal da face, pentagonal. Fisionomia, masculina. Cranio, largo. Ociput, plano. Estatura, mediana; corpo redondo e masculino. Espaduas delgadas. Braços longos. Paniculo adiposo, magro. Distribuição gordurosa, masculina. Dedos, longos. Torax, curto. Bacia, larga e masculina. Sistema piloso, forte nos braços, nas axilas e fraco na cabeça. Calvicie nas frontes e nas temporas; mal limitada. A barba invade o pescoço. Pelos genitais grossos e de delimitação masculina. Pelos emdragonais e ao nivel das espaduas.

Mensurações: Est. 1,655. G. A. 1,765. Peso, 53 kg. Ast. 0,145. X. U. 0,195. U. P. 0,145. Perimetros: Pt. 0,812. Pa. 0,67. Pac. 0,80. Pab. 0,23. Pm. 0,215. Pp. 0,31 Comprimentos: M. inf. 0,89. M. sup. 0,805. Larguras: Le. 0,325. Lb. 0,305. Bi. 0,21. Cranio: Ph. 0,545. Ds. 0,19. Df. 0,145. Dv. 0,20. Aaf. 0,072. Aar. 0,065. Aad. 0,072. Arnb. 0,09. Bm. 0,052. Lm. 0,135. Lmi. 0,105. Ln. 0,036.

Indices: Cefalico, 76. Nazal, 55. Pignet, 31.

Tipo estrutural: Leptosoma, com elementos atleticos.

29. – P. F., mestiço, casado, com 32 anos de idade, empregado no comercio, brasileiro, internado em 12 de abril de 1931.

Atitude calma; fisionomia um pouco apagada; gesticulação e mimica, adequadas. Interrogado, responde com solicitude e sem revelar incoerencias. Aos 14 anos, cancros venerios e blenorragia. Nesta ocasião, o Wassermann foi positivo. Ha 6 meses, sente perda de memoria; recebe uma quantia e esquece-se de dar o troco; coloca um objeto em um determinado logar e mais tarde é incapaz de saber onde o poz, etc. etc. Sente-se desanimado, a capacidade para o trabalho é reduzida, a iniciativa para os negocios, que passaram a correr mal, reduzida. Em seguida, aparece cefaléa, não constante e, por vezes, tem a impressão de que alguem o chama pelo nome. Tambem certa vez, em casa, vê passar diante de si um homem desconhecido que não é visto pelas demais pessoas presentes no momento. Afirma ser um homem honrado e bom não havendo razão para que lhe aconteçam "estas" coisas. Alguem, que segundo presume, é uma parda F. deve ser a causadora da situação em que se encontra.

Sintese. Alucinações visuais; alucinações auditivas diferenciadas; ligeira hipoprosexia; dismnesia de fixação; iniciativa, diminuida; idéas vagas de perseguição; orientação auto e alopsiquicas, normais. Anisocoria; reflexo fotomotor,

preguiçoso; reação á acomodação, diminuida; disartria, tremor fibrilar da lingua; reflexos tendinosos, vivos.

A esposa do paciente informa que este quando em sua residencia tentara, por mais de uma vez, suicidar se por sentir falta de recursos. Já então tinha dificuldade em expressar-se. Saía para trabalhar e perdia-se na rua. Em maio de 1931, ictus do qual resultou uma hemiplegia.

Reações de Nonne, positivas.

ESTRUTURA CORPORAL

Inspeção. Face, grande, alta e angulosa. Nariz, grande, comprido, grosso, arredondado e em delgado de coronha. Boca de contorno forte. Malares fortes e salientes. Maxilar inferior, grande, saliente, largo, fracamente encurvado e solido. Mento de aparencia forte e em forma de torno. Orelhas, afastadas. Fronte, fugidia. Glabela, larga. Perfil, arqueado fracamente e anguloso. Contorno frontal da face oval alongado. Fisionomia masculina. Ociput, arredondado. Estatura, mediana; corpo, redondo e masculino. Depositos gordurosos nas regiões mamarias. Cabeça, grande. Mãos grandes, longas e de dedos ponteagudos. Torax, curto. Bacia larga, porém, masculina. Sistema piloso, fraco no tronco. Os pelos invadem as temporas. Delimitação dos pelos genitais, masculina.

Mensurações: Face, 1,625. G. A. 1,70. Peso, 60 kgrs. Ast. 0,165. X. U. 0,215. U. P. 0,15. Perimetros: Pt. 0,895. Pa. 0,795. Pac. 0,845. Pab. 0,25. Pm. 0,21. Pp. 0,325. Comprimentos: M. inf. 0,855. M. sup. 0,755. Larguras: Le. 0,305. Lb. 0,29. Bi. 0,23. Cranio: Ph. 0,535. Ds. 0,19. Df. 0,145. Dv. 0,185. Aaf. 0,065. Aar. 0,075. Aad. 0,08. Arnb. 0,10. Bm. 0,06. Lm. 0,135. Lmi. 0,10. Ln. 0,04.

Indices: Cefalico, 76. Nasal, 53. Pignet, 13.

Tipo estrutural: Atletico.

30. – L. C. L., preto, casado, com 56 anos de idade, brasileiro, carpinteiro, internado em 17 de março de 1931. (Gaffrée Guinle).

Atitude apatica; fisionomia apagada; gesticulção e mimica, muito reduzidas. Interrogado, responde lentamente fixando a atenção com dificuldade. Não apresenta idéas delirantes, nem alucinações. Orientação autopsiquica normal; desorientado no tempo; perda da iniciativa e da autocritica; afetividade embotada. Sindrome demencial simples.

Reações de Nonne, positivas.

ESTRUTURA CORPORAL

Inspeção. Face de tamanho medio e flacida. Nariz grande, grosso, largo, achatado, sinuoso, de ponta arredondada e contorno fraco. Boca, grande. Labios, largos, grossos, abertos e pendentes. Labio superior em forma de tromba. Fronte, direita, abobadada e larga. Glabela, larga. Perfil de queda reta. Contorno frontal da face: escudo largo. Fisionomia, masculina. Cranio, grande e largo. Ociput, arredondado. Estatura, mediana; corpo redondo e masculino. Atitude do corpo, relaxada. Distribuição, gordurosa, masculina. Pernas, curtas. Mãos flacidas, largas, curtas e de dedos rombos. Pés largos e chatos. Ventre, caido. Sistema piloso, forte no tronco, pernas e braços; fraco na cabeça e na barba. Calvicie nas frontes, temporas e ociput; limitada e reluzente. Pelos genitais, grossos e de delimitação, masculina. Pelos ao nivel do dorso; ligeiras dragonas.

Mensurações: Est. 1,67. G. A. 1,72. Peso, 68 kg. Ast.0,185. X. U. 0,20. U. P. 0,15. Perimetros: Pt. 0,90. Pa. 0,79. Pac. 0,90. Pab. 0,255. Pm. 0,215. Pp. 0,36. Comprimentos: M. inf. 0,85. M. sup. 0,77. Larguras: Le. 0,325. Lb. 0,30. Bi. 0,20. Cranio: Ph. 0,55. Ds. 0,185. Df. 0,15. Dv. 0,19. Aaf. 0,065. Aar. 0,065. Aad. 0,07. Arnb. 0,09. Bm. 0,055. Lm. 0,135. Lmi. 0,10. Ln. 0,051.

Indices: Cefalico, 81. Nazal, 78. Pignet, 9.

Tipo estrutural: Picnico.

31. – M. mestiço, brasileiro, barbeiro internado em 8 de junho de 1929. (Gaffrée Guinle).

Em 8 de maio de 1931. Atitude calma; fisionomia apagala; gesticulação e mimica, reduzidas. Interrogado, ás vezes não compreende bem o que se lhe diz e tarda na execução de uma ordem ou mesmo não a executa. Fala muito pouco, raras vezes conseguindo formar uma frase curta, etc. Tremor fibrilar da lingua. Afasia.

Pesquizas laboratoriais por ocasião da internação.

Sangue. Wassermann, negativa.

Liquor. Wassermann, Pandy e Weichbrodt, fortemente positivas. Nonne, positiva. Lange, 666631000000. Benjoin, 2222222222000000. Albumina total, 0;25. Linfositos, 9,0.

ESTRUTURA CORPORAL

Inspeção. Face, grande, larga, gorda, redonda e de ossos tenros. Nariz, saltado, de dorso sinuoso e ponta arre-

dondada. Labios, largos, grossos, abertos e pendentes. Maxilar inferior, delicado mas não retraido. Orelhas, planas, coladas e presas. Perfil, arqueado fracamente. Contorno frontal da face: escudo largo. Fisionomia, masculina. Cranio, curto, de vertex saliente. Ociput, plano. Protuberancia ocipital, fraca. Estatura, mediana; corpo, grosso e masculino. Atitude, relaxada. Paniculo adiposo: gordo. Distribuição gordurosa, masculina. Cabeça, fixada. Pescoço, curto. Braços, curtos. Pernas grossas. Mãos, curtas Espaduas delgadas. Torax, curto. Ventre, espesso, caido, tenso e de gordura compacta. Bacia larga e envolvida em abundante camada de gordura. Sistema piloso, forte nos membros inferiores. Calvicie nas frontes. Delimitação dos pelos genitais, masculina.

Mensurações: Est. 1,60. G. A. 1,585. Peso, 73 kg. Ast. 0,14. X. U. 0,26. U. P. 0,15. Perimetros: Pt. 0,915 Pa. 0,925. Pac. 0,96. Pab. 0,25. Pm. 0,205. Pp. 0,33. Comprimentos: M. inf. 0,81. M. sup. 0,73. Larguras: Le. 0,315. Lb. 0,32. Bi. 0,215. Cranio: Ph. 0,515. Db. 0,48 . Df. 0,14. Dv. 0;19. Aaf. 0,065. Aar. 0,063. Aad. 0,075. Arnb. 0,085. Bm. 0,055. Lm. 0,135. Lmi. 0,095. Ln. 0,039.

Indices: Cefalico, 77. Nazal, 61. Pignet, X 4,5.

Tipo estrutural: Picnico.

32 – E. C., branco, solteiro, com 60 anos de idade, hespanhol, sapateiro, internado em 10 de março de 193. (Galfrée Guinle).

Apresenta-se calmo e responde ao interrogatorio com prolixidez, referindo-se a um predio sôbre o qual tem direitos de propriedade. Fala de 4.000 carteiras vasias de cigarros com papel prateado e uma grande coleção de jornais, etc., externando sempre idéas pueris. Na sua ausencia dão cabo destes “bens”, que a seu modo de ver representam maior valor do que o predio avaliado em 850 contos. Sente-se então prejudicado, queixando-se de que outros estejam ganhando dinheiro a sua custa. Reflexos patelares, exaltados. Anisicoria.

Em 16 de maio de 1931. Atitude calma; fisionomia apagada; gesticulação e mimica, adequadas. Interrogado, responde com solicitude e externando bem depressa suas idéas de perseguição e sua megalomania absurda identicas ás relatadas na observação anterior. Acrescenta serem dois homens e duas mulheres seus perseguidores. Abaixamento do nivel mental; perda da autocritica e iniciativa; orientação auto-alopsiquicas, normais.

Pesquisas laboratoriais por ocasião da internação.

Sangue. Wassermann, positiva.

Liquor. Wassermann, Nonne, Pandy, Takata-Ara, positivas. Albumina, tres divisões. Limfocitos, 18,8.

ESTRUTURA CORPORAL

Inspeção – Face de tamanho médio e contornos regulares. Nariz em delgado de coronha. Labios, pendentes. Maxilas, inferior, larga. Orelhas, presas. Fronte direita, abobadada e larga. Perfil de queda reta. Contorno frontal da face; escudo largo. Fisionomia, masculina. Cranio, grande e alongado. Ociput, arredondado. Estatura, mediana; corpo redondo e masculino. Distribuição gordurosa, masculina. Cabeça, grande. Pernas curtas. Thorax, curto. Ventre espesso. Bacia, larga, porém masculina. Sistema piloso, forte, exceto para os pêlos da cabeça. Calvicie nas temporas e frontes. Delimitação do pelos genitais, masculina. Pêlos ao nivel do dorso sacrum, das espaduas e em dragonas. Mensurações: Est. 1,565, G. A. 1,612, Ast. 0,16 X. U., 0,225. U. P. 0,134. Perimetros: Pt. 0,865, Pa. 0,785, Pac. 0,86, Pab. 0,242, Pm. 0,21, P. p. 0,35, Comprimentos: M. inf. 0,785, m. sup. 0,725. Larguras: Le. 0,325, Lb. 0,32, Bi. 0,205. Cranio: Ph. 0,535, Ds. 0,195, Df. 0,14, Dv. 0,20, Aaf. 0,075; Aar. 0,066, Aad, 0,075, Arnb. 0,095, Bm. 0,058, Lm. 0,13, Lmi. 0,10, Ln. 0,037.

Indices: Cefalico 71; Nasal 56.

Tipo estrutural: Picnico.

33 – A. C., branco, casado, com 47 anos de idade, russo, comerciante, internado em 17 de junho de 1931. (Gaffrée Guinle).

Em 23 de junho de 1931. Deprimido; fisionomia, apagada; gesticulação, indecisa; mimica, quasi sem mobilidade. Interrogado, responde com tardança, externando conceitos pueris e idéas delirantes de grandeza, perseguição e de ordem sexual; sua esposa é "muito bonitinha e ele muito estimado pelos freguezes; Samuel é seu inimigo, quer roubar-lhe a esposa e os freguezes; tem ainda outros inimigos, que são ao todo 50; todos lhe têm inveja; a todos que vê chama de bonito e pede beijos; sua esposa o traíu, mas, como não é egoista, perdoou-a. Para não haver alucinações; facil emotividade; hipoprosexia; dismenesia de fixação; perda da iniciativa e autocritica; conceito precario de moralidade; orientação autopsiquica, normal; orientação alopsiquica, perturbada no tempo.

Disartria; tremor febrilar da lingua; ptose da palpebra D.

Pesquisas laboratoriais por ocasião da internação:

Sangue Wassermann e M. B. R. II, fortemente positivas.

Liquor, Wassermann, M. B. R. II. Weichbrodt Pandy, fortemente positivas. Nonne, Takata-Ara Ross-Janes, positivas. Lange, 555444200000. Albomina total, 0,20. Limfocitos, 0,6.

ESTRUTURA CORPORAL

Inspeção – Face de tamanho médio. Nariz, ligeiramente encurvado, de dorso sinuoso e raiz cortante. Labio superior, longo. Laringe, forte. Orelhas afastadas e presas. Fronte direita, abobadada e larga. Perfil arqueado muito fracamente. Contorno frontal da face, pentagonal. Fisionomia, masculina. Cranio, grande e largo. Ociput, arredondado; protuberancia ocipital, fraca. Estatura do corpo, um pouco acima de média; corpo redondo e masculino. Musculatura, delgada. Relêvo muscular, fraco. Distribuição gordurosa, masculina. Cabeça grande. Sistema piloso, forte. Calvicie nas frontes, temporas e ociput; reluzente. A barba invade o pescoço e a face. Pêlos genitais longos e de delimitação masculina. Pêlos raros em dragona.

Mensurações – Est. 1,705, G. A. 173, Ast. 0,147 X. U., 0,225, U. P. 0,165. Perimetros: Pt. 0,87; Pa. 0,805, Pac. 0,85, Pab. 0,24, Pm. 0,21, Pp. 0,295. Comprimentos: M. inf. 0,83, M. sup. 0,76. Larguras: Le 0,30, Lb. 0,31, Bi. 0,21. Cranio: Ph. 0,5'6, Ds. 0,20, Df. 0,155, Dv. 0,20; Aaf, 0,075, Aar, 0,075, Aad 0,75, Arnb. 0,10, Bm. 0,055, Lm. 0,13, Lmi 0,105, Ln. 0,042.

Tipo estrutural: Picnico com elementos leptosomaticos.

34 – F. M., branco, solteiro, com 33 anos de idade, italiano, operario, internado em 2 de março de 193. (Pinel).

Fazia uso de bebidas alcoolicas. Grande excitação psico-motora; desorientado no tempo e espaço; memória muito diminuida. Nega alucinações, mas já foi surpreendido dialogando como si estivesse vendo alguem deante de si. Delirio de grandeza exuberante, incoerente e absurdo; possue automoveis, aeroplanos e milhões; distribuiram sua fortuna com seus amigos e viajará por todo o mundo.

Em 17 de maio de 1931. Atitude instavel; fisionomia expressiva; gesticulação movimentada, em extensão; mimica

movel. Interrogado, responde com solicitude e externando desde logo sua megalomania; fala todo o tempo em francês e diz falar tambem chinês, parecendo dizer algumas frases nesta lingua. Está euforico, risonho e diz sentir-se feliz, pois terá alta hoje e irá procurar sua esposa, com a qual irá viver em uma casa, que comprará, para o que tem 50.000 contos. O govêrno está contente comsigo. Fez a Grande Guerra durante cinco anos e salvou a França e o Brasil. Serviu no exército francês como general e teve sob seu comando 30.000 soldados. Orientação autopsiquica, normal; ori'entação alopsiquica, perturbada; idéas delirantes de grandeza; euforia; alucinações auditivas diferenciadas (?); perda da autocritica; iniciativa, perturbada; diomnesia de fixação.

Reflexos patelares ,vivos; pupilas dilatadas de contornos irregulares; disartria acentuada.

Pesquisas laboratoriais por ocasião da internação:

Sangue, Wassermann, positiva.

Liquor. Wassermann, Pandy e Nonne, positivas. Albumina 1, 5 divisão. Linfocitos 15,6.

ESTRUTURA CORPORAL

Inspeção – Face larga. Nariz em delgado de coronha. Malares, fortes e salientes. Maxilar inferior, grande, alto, largo e solido.

Abobada palatina, profunda. Orelhas, grandes, afastadas e prêsas. Fronte, alta, larga e de forte contôrno. Perfil, arqueado fracamente e bem desenvolvido. Contôrno frontal da face, escudo largo. Fisionomia, masculina. Cranio, grande, largo e de vertex saliente. Ociput, arredondado. Estatura, mediana; corpo redondo e masculino. Paniculo gorduroso, masculino. Cabeça, grande. Pernas, curtas. Mãos, largas. Espaduas, largas e horizontais. Torax, curto. Sistema piloso, fraco no tronco. Delimitação dos pelos genitais, masculina.

Mensurações. Est. 1,62. G. A. 1,665. Ast. 0,155. X. U. 0,21. U. P. 0,15. Perimetros: Pt 0,90. Pa. 0,785. Pac. 0,87. Pab. 0,245. Pm. 0,21. Pp. 0,313. Comprimentos: M. inf. 0,82. M. sup. 0,75. Larguras: Le. 0,32. Lb. 0,31. Bi. 0,22. Granio : Ph. 0,545. Ds. 0,195. Df. 0,15. Aaf. 0,07. Aar. 0,073. Aad. 0,083. Arnb. 0,095. Bm. 0,064. Lm. 0,13. Lmi. 0,11. Ln. 0,036.

Indices: Cefalico, 76. Nasal, 49.

Tipo estrutural: Atletico picnico.

35. – J. A. – Mestiço, casado, com 42 anos de idade, brasileiro, internado em 16-3-931. (Pinel).

Em 19-4-931. Atitude calma; fisionomia apagada; gesticulação e mimica alequadas mas reduzidas. Interrogado, não fixa a atenção, preferindo ir monologando sôbre motivos de seu delirio; tem 3 fazendas, 2 terrenos muito grandes e bonitos; é capaz construir uma igreja em 2 minutos e uma casa em 2 dias; queriam matá-lo; esteve muito doente e ainda agora sente qualquer cousa.

Sintese. Hipoprosexia; dismnesia de fixação; afetividade embotada; idéas delirantes de grandeza e perseguição; orientação autopsiquica, normal; orientação alopsiquica, perturbada; perda da autocritica e iniciativa.

Disartria; tremor fibrilar da lingua; tremor dos labios e das extremidades digitais.

Sangue: Wassermann, positiva.

Liquor: Wassermann, positiva. Albumina, duas divisões do tubo de Nissl. Linfocitos 9,8.

ESTRUTURA CORPORAL

Inspeção. Face, angulosa. Nariz, grosso, pontudo, de forte contôrno, dorso sinuoso e raiz cortante. Labios, abertos Malares fortes e salientes. Maxilar inferior, alto, largo e solido. Orelhas, grandes, afastadas e livres. Fronte direita, alta e de forte contôrno. Glabela, fraca. Perfil, de queda reta. Contôrno frontal da face, escudo largo. Fisionomia, masculina. Cranio, grande e curto. Occiput, plano. Protuberancia ocipital, forte. Estatura, grande; corpo redondo e masculino. Quadrado de espaduas. Musculatura, firme. Distribuição gordurosa, masculina. Braços, longos. Mãos, grandes e largas. Pés longos. Espaduas, largas. Ventre, espesso, de gordura compacta e caido. Sistema piloso forte na barba e fraco para os pelos da cabeça. Calvicie nas frontes e temporas; limitada e reluzente. A barba invade o pescoço. Delimitação dos pelos genitais, masculina. Pelos ao nivel do dorso, das espaduas e em dragonas.

Mensurações. Est. 1,71. G. A. 1,815. Ast. 0,19. X. U. 0,20. Dv. 0,20. Aaf. 0,07. Aar. 0,075. Aad. 0,0,8. Arub. 0,095. Pab. 0,265. Pm. 0,23. Pp. 0,37. Comprimentos: M. inf. 0,90. M. sup. 0,32. Bi. 0,25. Cranio: Ph. 0,535. Ds. 0,19. Df. 0,155. Dv. 0,20. Aaf. 0,07. Aar. 0,075. Aad. 0,08. Arub. 0.095. Bm. 0,055. Lm. 0,14. Lmi. 0,105. Ln. 0,048.

Indices: Cefalico, 81. Nasal, 64.

Tipo estrutural: picnico-atletico.

36. – F. M. C. – Branco, casado, com 58 anos de idade, capitão de fragata, internado em 30-4-931.

Atitude, calma; fisionomia expressiva; gesticulação e mimica, adequadas. Interrogado, responde com solicitude, externando, desde logo, suas idéas delirantes; está vendendo saúde; é um super-homem, pois em 24 horas, urina 30 litros; sua urina é perfumada e mandará engarrafar pois não se decompõe e poderá vendê-la como perfumaria; já curou 25 alejados e um individuo portador de um cancer; pretende fazer hoje uma conferência sobre mecanica celeste: sôbre este assunto, conhece cousas que nunca leu nos livros, por ex: a explicação de como ha seis mêses de noite seis de dia; seu aparelho visual é tão poderoso que consegue vêr as folhas de arvore de montanhas que estão a grande distancia; etc., etc. Alegre, canta versos populares.

Sintese. Parece não haver alucinações, megalomania; euforia; perda da auto-critica; iniciativa perturbada; abaixamento do nivel mental; orientações auto e alo-psiquicas, normais.

Pesquisas laboratoriais por ocasião da internação:

Sangue: Wassermann, negativa.

Liquor: Wassermann e Kahn, fortemente positivas. Nonne e Pandy, fracamente positiva. Takata-Ara e M. B. R. II, positivas. Kahn, fortemente positiva. Lange, 066654310000 Benjoin, 2222222000000.

ESTRUTURA CARPORAL

Inspeção. Face, alta e magra. Nariz, revirado. Labios, estreitos. Malares, fortes e salientes. Larinje, forte. Orelhas, afastadas, espessas e prêsas. Fronte, alta, Perfil, arqueado fracamente. Contôrno frontal da face, oval alongado. Fisionomia, masculina. Occiput, arredondado. Protuberancia ocipital, fraca. Cranio, largo. Estatura mediana; corpo redondo e masculino. Delgado de espaduas. Estrutura dos ossos, delicada. Articulações, finas. Musculatura, delgada. Relevo muscular, fraco. Paniculo gorduroso, magro. Distribuição gordurosa, masculina. Cabeça, grande. Membros superiores e inferiores, finos. Bacia, larga envolvida em escassa camada de gordura. Sistema piloso, fraco na cabeça; forte nos braços e para os supercilios. Os pelos do supercilio invadem a glabela. Cavicie inicial nas frontes, temporas e no occiput. Delimitação dos pelos genitais, masculina.

Mensurações. Est. 1,60. G. A. 1,585. Peso 44 kgrs. Ast. 0,14. X. U. 0,18. U. P. 0,15. Perimetros: Pt. 0,755. Pa. 0,68. Pac. 0,76. Pab. 0,21. Pm. 0,185. Pp. 0,275. Comprimentos: M. inf. 0,812. M. sup. 0,715. Larguras: Le. 0,295. Lb. 0,28. Bi. 0,215. Cranio: Ph. 0,545. Ds. 0,19. Df. 0,155. Dv. 0,19. Aaf. 0,07. Aar. 0,065. Aad. 0,07. Arnb. 0,085. Bm. 0,049.

Indices: Cefalico, 81. Nazal, 73. Pignet, 41.

Tipo estrutural: Leptosoma com elementos picnicos.

37. – B. G. B. – Branco, casado, com 58 anos de idade, brasileiro, militar, internado em 19-9-929.

Atitude, calma; fisionomia, apagada; gesticulação, reduzida; mimica, pouco movel. Interrogado, responde com solicitude, externando idéas delirantes; é casado com 30 mulheres; almirante reformado e imperador do Brasil coroado a 1 ano e 6 meses, devendo ter alta hoje; em todos os numerosos filhos que tem como em sua esposa fez inocular "glandula de macaco" (sic) o que lhes permitirá vida durante milhões de anos; tem relações pessoais com Primo de Rivera, detentor do privilegio das injeções de macaco; fez com este politico uma viagem de circumnavegação; foi uma viagem marvilhosa. A's vezes tem insonias por que ouve vozes. Apezar de ter sido militar, afirma ter sempre trabalhado no comércio, onde percebia otimos ordenados.

Alucinações auditivas diferenciadas. Megalomania; euforia; perda da auto-critica e iniciativa; hipomnesia de fixação e de evocação; orientações auto e alo-psiquicas, perturbadas.

Pesquisas laboratoriais por ocasião da internação:

Sangue: Wassermann, fortemente positiva.

Liquor: Wassermann, fortemente positiva. Nonne, fracamente positiva. Pandy, Weichbrodt, Takata-Ara, positivas. Lange, 666441000000. Benjoin, 2222222221000000. Albumina total, 0,18.

ESTRUTURA CORPORAL

Inspeção. Face, de ossos tenros. Nariz, grosso, saltado e encurvado. Orelhas, grandes, afastadas e prêsas. Glabela, larga. Perfil, arqueado fracamente. Contôrno frontal da face: aproxima-se do escudo largo. Fisionomia, masculina. Cranio, curto, largo e de vertex saliente. Occiput, plano. Protuberancia ocipital, fraca. Estatura, mediana; corpo, redondo e masculino. Relevo muscular, fraco. Distribuição gordurosa, feminina, Espaduas, delgadas. Torax, curto. Ventre, espesso,

caido e de gordura compacta. Bacia larga. Sistema piloso, fraco. (1) Delimitação dos pelos genitais, masculina fraca. Lanugem ao nivel da nuca, braços e coluna vertebral.

Mensurações. Est. 1,65. G. A. 1,68. Peso 66,800 kgrs. Ast. 0,16. X. U. 0,23. U. P. 0,16. Perimetros: Pt. 0,855. Pa. 0,905. Pa. 0,915. Pab. 0,246. Pm. 0,212. Pp. 0,333. Comprimentos: M. inf. 0,85. M. sup. 0,765. Larguras: Le. 0,30. Lb. 0,31. Bi. 0,22. Cranio: Ph. 0,53. Ds. 0,18. Df. 0,14 Dv. 0,20. Aaf. 0,06. Aar. 0,065. Aad. 0,065. Arnb. 0,093. Bm. 0,045. Lm. 0,13. Lmi. 0,10. Ln. 0,04.

Indices: Cefalico, 77. Nasal, 61. Pignet, 13.

Tipo estrutural: Picnico-displasico; intersexualidade, feminilidade.

38. – J. C. – Branco, solteiro, com 42 anos de idade, servente, internado em 3-6-930. (Nina Rodrigues).

Atitude calma; fisionomia apagada; gesticulação adequada; mimica de tonicidade reduzida. Interrogado, responde com solicitude, revelando, por vezes, incoerencias. Queixa-se de que não lhe dão alimento ha 7 dias; um soldado queria enterrá-lo em um caixão com uma cobra e um páo, por vezes ouve vozes que contra ele invetivam e então excita-se respondendo com issolencias; parece vêr vultos de pessoas que lhe são hostis e pos isso agride sêres imaginarios com uma vassoura, atirando-se contra os muros do pateo; crê não apresentar disturbios mentais e estar internado neste hospital ha 11 horas, para afirmar depois que se encontra neste ha 1 ano. Anteriormente, idéas de crime. Perturbação muito acentuada da memoria que se evidencia ao fazer os mais simples calculos; atenção instavel; idéas delirantes de perseguição; alucinações visuais; alucinações auditivas diferenciadas; perda da auto-critica e iniciativa; humor variavel; logarréa, fabulação; orientação auto-psiquica, normal; orientação alo-psiquica, perturbada no tempo; abaixamento muito sensivel do nivel mental. Disartria; tremor fibrilar da lingua, das extremidades digitais e dos labios; hemiperesia a D.

Pesquisas laboratoriais por ocasião da internação:

Sangue: Wassermann, positiva.

Liquor, Wassermann e Nonne, positivas. Linfocitos 6,2.

1) Osystema peloso do tronco se reduz a um pelo na areola D. e alguns muito raros abaixo o do umbigo.

ESTRUTURA CARPORAL

Inspeção. Face, de tamanho medio e contorno regulares Raiz do nariz cortante. Maxilar inferior, largo. Abobada palatina, estreita. Orelhas, grandes, afastadas e livres. Perfil, arqueado fracamente. Contôrno frontal da face, escudo largo. Fisionomia, masculina. Cranio, alto e de vertex saliente. Assimetria da face. Estatura, mediana; corpo redondo e masculino. Distribuição gordurosa, masculina. Pernas, curtas. Mãos, largas, curtas e de dedos rombos. Ventre caido. Escoliose. Sistema piloso, fraco na cabeça. Calvicie nas frontes e temporas. Delimitação dos pelos genitais, masculina. Alguns pelos ao nivel do angulo das omoplatas.

Mensurações. Est. 1,62. G. A. 1,68. Peso 61 kgrs. Ast. 0,18. X. U. 0,185. U. P. 0,185. Perimetros: Pt. 0,932. Pa. 0,80. Pac. 0,91. Pab. 0,26. Pm. 0,215. Pp. 0,36. Comprimentos: M. inf. 0,835. M. sup. 0,71. Larguras: Le. 0,345. Lb. 0,33. Bi. 0,25. Cranio: Ph. 0,515. Ds. 0,19. Df. 0,13. Dv. 0,19. Aaf. 0,06. Aar. 0,06. Aad. 0,07. Arnb. 0,09. Bm. 0,055. Lm. 0,125 Lmi. 0,105. Ln.,035.

Indices: Cefalico, 68. Nasal, 58. Pignet, 8.

Tipo estrutural: Picnico.

39. – P. J. G. – Branco, casado, com 43 anos de idade, brasileiro, funcionario público, internado em 7-3-931. (Gaffrée Guinle).

Atitude calma; fisionomia apagada; gesticulação e mimica muito reduzidas mas, adequadas. Interrogado, responde com solicitude mas com lentidão, encontrando dificuldade em expressar-se. Tem 17, 24, 32 anos de idade e sua esposa 18. Não apresenta alucinações. Fabúla fatos: uma moça que habita um quarto ao lado de sua enfermaria foi amante de um ex-politico e então tem referências pornograficas sôbre o assunto.

Abaixamento do nivel mental; associação lenta, dificultada; fabulação; orientação auto-psiquica, normal; desorientado no tempo e espaço; afetividade embotada; perda da iniciativa e auto-critica; coprolalia; dismnesia de evocação e fixação.

Pesquisas laboratoriais por ocasião da internação:

Reações de Nonne, todas fortemente positivas.

ESTRUTURA CARPORAL

Inspeção. Face, de ossos tenros e contornos regulares. Nariz, pontudo, ligeiramente sinuoso, revirado e de raiz

cortante. Labios, estreitos e firmes. Maxilar inferior, largo e fortemente encurvado. Fronte direita, larga arredondada. Glabela, larga. Perfil, de queda reta. Contôrno frontal da face, escudo largo. Fisionomia, masculina. Cranio, grande, largo. Occiput, plano. Protuberancia ocipital, fraca. Estatura, mediana; corpo redondo e masculino. Espaduas, delgadas. Atitude, relaxada. Distribuição gordurosa, masculina. Cabeça, grande. Mãos, grossas. Ventre, espesso, caido e de gordura compacta. Sistema piloso, fraco na cabeça. Calvicie nas frontes e temporas; limitada e reluzente. Supercilios, estreitos. Delimitação dos pelos genitais, masculina. Lanugem na nuca, columna vertebral e braços. Pelos na porção inferior do dorso.

Mensurações. Est. 1,63. G. A. 1,63. Peso, 62 kgrs. Ast. 0,16. X. U. 0,22. U. P. 0,17. Perimetros: Pt. 0,83. Pac. 0,84. Pab. 0,23. Pm. 0,19. Pp. 0,225. (prejudicado devido ao edema). Comprimentos: M. inf. 0,82. M. sup. 0,71. Larguras: Le. 0,30. Lb. 0,305. Bi. 0,23. Cranio: Ph. 0,515. Ds. 0,18. Df. 0,15. Dv. 0,19. Aaf. 0,06. Aar. 0,65. Aad. 0,068. Arnb. 0,085. Bm. 0,045. Lm. 0,125. Lmi. 0,09. Ln. 0,038.

Indices: Cefalico, 83. Nasal, 58. Pignet, 18.

Tipo estrutural: Picnico.

40. – M. S. S. – Preta, viuva, corn 49 anos de idade, brasileira, serviçal, internada em 4-2-931. (Esquirol).

Em 3-3-931. Atitude calma; fisionoomia tranquila; gesticulação e mimica, adequadas. Interrogada, responde com solicitude e revelando, ao cabo de algum tempo, idéas delirantes. Já ha alguns anos se sente doente, irritavel, esquecida. Sua vida anda desorganisada. Não consegue se mantêr em nenhum emprego por que alguem a persegue mas, não sabe nomear precisamente seu perseguidor. Diz, vagamente, serem os monarquistas. Descende de familia nobre e refere-se a urn "tostão" da monarquia que lhe foi roubado e parece que a isto atribue tambem as perseguições que lhe foram movidas. Percepção normal; ligeira hipoprosexia e hipomnesia de fixação; idéas delirantes de perseguição e de grandeza; conduta regular; senso critico sem alteração apreciavel; orientações auto e alo-psiquicas, normais.

Ligeiro tremôr fibrilar da lingua e tremôr das extremidades digitais; reflexos tendinosos e sobretudo os rotuleanos vivos; achileano D. policinetico.

Pesquizas laboratoriais por ocasião da internação: Reações de Nonne, positivas.

ESTRUTURA CARPORAL

Inspeção. Face, alta. Nariz, grande, grosso, achatado, de ponta arredondada e revirado. Labio superior, longo. Orelhas, pequenas e prêsas. Fronte, alta e de forte contôrno. Perfil, arqueado fracamente. Contôrno frontal da face: aproxima-se do escudo largo. Fisionomia, feminina. Occiput, arredondado. Estatura, mediana; corpo redondo e feminino. Atitude, relaxada. Distribuição gordurosa, feminina. Cabeça, grande. Sistema piloso de aspeto e distribuição normal. Lanugem, na nuca e nos braços

Mensurações. Est. 1,545. G. A. 1,55. Peso 51 kgrs. Perimetros: Pt. 0,765. Pa. 0,785. Pac. 0,905. Pab. 0,22. Pm. 0,19. Pp. 0,33. Comprimentos: M. inf. 0,795. M. sup. 0,705. Larguras: Le. 0,30. Lb. 0,295. Bi. 0,21. Cranio: Ph. 0,535. Ds. 0,175. Df. 0,15. Dv. 0,20. Aaf. 0,075. Aar. 0,06. Aad. 0,065. Arnb. 0,085. Bm. 0,045. Ln. 0,04.

Indices: Cefalico, 85. Nasal, 66. Pignet, 27.

Tipo estrutural: Leptosoma.

41. – A. F. A. – Branca, casada, idade ignorada, argentina, internada em 8-4-931. (Esquirol).

Em 17-4-931. Atitude, calma;/fisionomia, risonha; mimica, movimentada; gesticulação, exagerada. Interrogada, responde com solicitude, mostrando-se euforica e logorreica. Diz que nada a incomoda, sentindo-se muito bem de saúde e queixando-se apenas de não lhe darem alimento ha 6 dias. Veio ao Rio para melhorar a podridão dos hospitais e aqui chegando repartiu 5 contos entre mulheres e crianças. E' ainda motivo de sua viagem a esta capital, desejar civilisá-la. E' humanitaria e muito sábia, pretendendo escrever um livro "esplendido". O lucro da edição reverterá em beneficio dos pobres. Parece não apresentar alucinações, nem ilusões.

Hipoprosexia; hipomnesia de fixação; fuga das idéas; euforia; megalomania; idéas vagas de perseguição; iniciativa perturbada; perda da auto-critica; orientação auto-psiquica, normal; orientação alo-psiquica, perturbada no tempo.

Tremôr fibrilar da lingua.

Pesquisas laboratoriais por ocasião da internação:

Reações de Nonne, positivas.

ESTRUTURA CARPORAL

Inspeção. Face, de tamanho médio, redonda de ossos tenros e contornos regulares. Nariz, saltado, de dorso sinuoso.

Malares, fortes. Fronte, direita. Glabela, fraca. Perfil, de queda arqueada. Contôrno frontal da face: escudo largo. Fisionomia, feminina. Cranio, curto. Occiput, plano. Protuberancia ocipital, fraca. Estatura, mediana; corpo grosso e feminino. Espaduas, delgadas. Paniculo adiposo: gordo. Distribuição gordurosa, feminina. Pernas, grossas. Mãos, estreitas, moles. Dedos, longos e ponteagudos. Ventre, espesso, caido e de gordura compacta. Bacia, larga e envolvida em abundante camada de gordura. Distribuição e gráu de desenvolvimento do sistema piloso, normal. Delimitação dos pelos genitais, feminina. Lanugem, ao nivel da nuca, coluna vertebral e braço.

Mensurações. Est. 1,505. G. A. 1,49. Peso 32,5 kgrs. Ast. 0,13. X. U. 0,205. U. P. 0,14. Perimetros: Pt. 0,802. Pa. 0,76. Pac. 0,925. Pab. 0,205. Pm. 0,165. Pp. 0,36. Comprimentos: M. inf. 0,73. M. sup. 0,67. Larguras: Le. 0,275. Lb. 0,305. Bi. 0,21. Cranio: Ph. 0,515. Ds. 0,18. Df. 0;15. Dv. 0,19. Aaf. 0,06. Aar. 0,065. Aad. 0,065. Arnb. 0,085. Bm. 0,042. Lm. 0,125. Lmi. 0,10, Ln. 0,032.

Indices : Cefalico, 83. Nasal, 49. Pignet, 17,80.

Tipo estrutural: Picnico.

42. – H. A., mestiço escuro, solteiro, com 40 anos de idade, brasileiro, pedreiro, internado em 16 de novembro de 1930. (Pinel).

Atitude calma; fisionomia apagada; gesticulação adequada; mimica reduzida. Interrogado, responde com solicitude. Agora não apresenta idéas delirantes, mas anteriormente dizia ser engenheiro, falar 4 linguas e ter passeiado de automavel com o então ministro da Viação, que como ele proprio se achava embriagado. Hipoprosexia; hipomnesia; megalomania; orientação auto e alopsiquicas, normais.

Disartria; tremor das extremidades digitais e tremor fibrilar da lingua.

Reações de Nonne, positivas.

ESTRUTURA CORPORAL

Inspeção. Face larga. Nariz grosso, largo, achatado, revirado e de ponta arredondada. Labios largos e grossos. Maxilar inferior largo. Perfil arqueado fracamente. Contôrno frontal da face: pentagonal. Fisionomia masculina. Occiputt arredondado. Estatura mediana; corpo redondo e masculino. Espaduas delgadas. Atitude encurvada. Dis-

tribuição gordurosa masculina. Pescoço curto. Pernas finas. Bacia larga, parém, masculina. Sistema piloso fraco ao nivel da cabeça e das pernas. Calvicie nas frontes e temporas. Pelos genitais grossos e de delimitação masculina.

Mensurações: Est. 1,655. G. A. 1,708. Ast. 0,16. X. U. 0,198. U. P. 0,15. Perimetros: Pt. 0,877. Pa. 0,765. Pac. 0,835. Pab. 0,225. Pm. 0,495. Pp. 0,31. Comprimentos: M. inf. 0,88. M. sup. 0,79. Larguras: Le. 0,305. Lt. 0,30. Bi. 0,23. Cranio: Ph. 0,536. Ds. 0,19. Df. 0,15. Dv. 0,19. Aaf. 0,06. Aar. 0,065. Aad. 0,075. Arnb. 0,09. Bm. 0,055. Lm. 0,13. Lmi. 0,10. Ln. 0,043.

Indices: Cefalico, 78. Nasal, 66.

Tipo estrutural: Picnico-leptosoma.

43. – A. P. A., branco, casado, com 43 anos de idade, brasileiro, comerciante, internado em 14 de abril de 1931. (Gaffrée Guinle).

Atitude calma; fisionomia apagada; gesticulação adequada; mimica pouco movel; ausencia de alucinações e idéas delirantes. Anteriormente, facil irritabilidade.

Hipoprosexia; hipomnesia de fixação; orientação auto e alopsiquicas normais; abaixamento do nivel mental. Disartria; tremor fibrilar da lingua e das extremidades digitais; reflexos patelares, diminuidos; aquileanos, abolidos; Romberg, presente.

Pesquizas laboratoriais por ocasião da internação.

Sangue: Wassermann fortemente positiva.

Liquor: Wassermann e Weichbrodt fortemnte positivas. Nonne, Pandy, M. B. R. II, positivas. Albumina total 0,20. Benjoin, 0022202222100000.

ESTRUTURA CORPORAL

Inspeção. Face de tamanho medio, contôrnos regulares e ossos tenros. Nariz fino, de dorso sinuoso a raiz cortante. Maxilar inferior delicado mas não retraido. Orelhas grandes e livres. Fronte larga e de fraco contorno. Perfil arqueado fracamente. Contôrno frontal da face: oval alongado. Fisionomia masculina. Cranio grande e largo. Occiput arredondado. Estatura mediana; corpo redondo e masculino. Espaduas delgadas. Distribuição gordurosa, masculina. Cabeça grande. Braços longos. Ventre caido. Sistema piloso fraco na cabeça. Calvicie nas frontes, temporas e occiput; limitada. Delimitação dos pelos genitais, masculina. Lanujem na nuca, coluna vertebral e braços.

Mensurações: Est. 1,61. G. A. l,67. Peso, 51 kg. Ast. 0,155. X. U. 0,225. U. P. 0,145. Perimeros: Pt. 0,792. Pa. 0,695. Pac. 0,83. Pab. 0,215. Pm. 0,185. Pp. 0,30. Comprimentos: M. inf. 0,81. M. sup. 0,75. Larguras: Le. 0,29. Lb. 0,28. Bi. 0,20. Cranio: Ph. 0,522. Ds. 0,185. Df. 0,14. Dv. 0,18. Aaf. 0,06. Aar. 0,07. Aad. 0,075. Arnb. 0,095. Bm. 0,052. Lm. 0,115. Lmi. 0,085. Ln. 0,033.

Indices: Cefalico, 75. Nasal, 47. Pignet, 30,7.

Tipo estrutural: Leptosoma, com elementos picnicos.

44. – A. S., preta, casada, com 31 anos de idade, brasileira, serviçal, internada em 31 de julho de 1931. (Esquirol).

Atitude calma; fisionomia apagada; gesticulação e mimica, adequadas. Interrogada, responde com solicitude dizendo sentir-se de perfeita saúde, alegre, bem disposta. Não sabe porque foi internada hontem. No hospital São Francisco de Assis, donde veio, era muito bem tratada e não praticou nenhuma reação anti-social. Não sabe o dia do mês. Seu esposo é oficial da armada e rico; em seguida diz ser este funcionario de ministerio encarregando-se de entrega de correspondencia. Desde sua entrada neste serviço, não apresentou nenhum periodo de excitação psico-motora e é docil ás ordens que recebe. Orientação autopsiquica, normal; orientação alopsiquica, perturbada no tempo; percepção normal; hipoprosexia e hipomnesia de fixação; idéias vagas de grandeza e fabulação, certo gráu de euforia; autocrítica, perturbada.

Tremor fibrilar da lingua.

Pesquizas laboratoriais por ocasião da internação:

Sangue. Wassermann positiva.

Liquor. Wassermann positiva. Nonne francamente positiva. Linfocitos, 16,1.

ESTRUTURA CORPORAL

Inspeção. Face gorda, redonda e de ossos tenros. Nariz grosso, largo e revirado. Fronte direita. Perfil de queda reta. Contôrno frontal da face: escudo largo. Fisionomia feminina. Occiput, plano. Estatura mediana; corpo redondo e feminino. Espaduas delgadas. Paniculo gorduroso: gordo. Distribuição gordurosa, feminina. Ventre caido e de gordura compacta. Os pelos da cabeça invadem as temporas.

Mensurações: Est. 1,575. G. A. 1,605. Peso, 65 kg. Ast. 0,16. X. U. 0,23. U. P. 0,17. Perimetros: Pt. 0,807. Pa. 0,843. Pac. 0,99. Pab. 0,22. Pm. 0,19. Pp. 0,345. Comprimentos: M. inf. 0,82. M. sup. 0,72. Larguras: Le. 0,33. Lb. 0,33. Bi. 0,23. Cranio: Ph. 0,52. Ds. 0,185. Df. 0,15. Dv. 0,185. Arnb. 0,085. Bm. 0,05. Ln. 0,04.

Indices: Cefalico, 81. Nasal, 66. Pignet, 12.

Tipo estrutural: Picnico.

45. – R. A. F. – Branco, solteiro, com 32 anos de idade, brasileiro, empregado no comércio, internado em 14-7-931. (Gaffrée-Guinle.)

Em 22-7-931. Atitude, calma; fisionomia, apagada; gesticulação, adequada; mimica, reduzida. Interrogado, responde com solicitude, externando bem depressa suas idéas delirantes: é muito poderoso; governa todo o mundo; tem muito dinheiro; é medium vidente e ouvinte; sabe falar muitas linguas; é formado em tudo; e o homem mais feliz do mundo. Aos 17 anos contraiu cancros venereos. Agora sente-se muito forte e com muita saúde. Por ciumes e por causa de sua posição, muitas pessoas o perseguem.

Megalomania; perda da auto-critica e iniciativa; hipomnesia de fixação e evocação; hipoprosexia; euforia; orientação auto-psiquica, normal; orientação alo-psiquica, perturbada. Sordicie; disartria; tremor fibrilar da lingua

Reações de Nonne, positivas.

ESTRUTURA CORPORAL

Inspeção. Face, de tamanho médio. Olhos, grandes. Nariz, grande e encurvado. Labios, largos e grossos, sendo que o inferior é pendente. Malares, salientes. Maxilar, inferior, largo. Fronte, ligeiramente recuada e arredondada. Perfil, arqueado fracamente. Contôrno frontal da face: escudo largo. Fisionomia, masculina. Cranio, grande e largo Occiput, plano. Estatura, mediana; corpo, grosso. Espaduas, de largura média. Atitude, relaxada e encurvada. Paniculo gorduroso, gordo. Distribuição gordurosa, masculina. Cabeça, grande. Pescoço, curto. Braços, longos. Membros inferiores, grossos. Mão, pequena. Torax, largo e curto. Ventre, espesso, de gordura compacta e caido. Sistema piloso, forte no tronco. Inicio de calvicie nas frontes e temporas. Lanujem, nos bravos. Pelos genitais, fortes. Delimitação dos pelos genitais, masculina.

Mensurações. Est. 1,605. G. A. 1,715. Peso 66 kgrs. Ast. 0,145. X. U. 0,245. U. P. 0,15. Pt. 0,91. Pa. 0,88. Pac. 0,85.

Pab. 0,25. Pm. 0,206. Pp. 0,35. M. inf. 0,85. M. sup. 0,75,5. Le. 0,325. Lb. 0,30. Bi. 0,24. Ph. 0,54. Ds. 0,175. Df. 0,17. Dv. 0,20. Aaf. 0,055. Aar. 0,085. Aad. 0,07. Arnb. 0,10. Bm. 0,05. Lm. 0,13. Lmi. 0,10. Ln. 0,047.

Indices: Cefalico, 97. Nasal, 55. Pignet, 3,5.

Tipo estrutural: Picnico - atletico.

46. – F. F. – Branca, solteira, com 29 anos de idade, portuguesa, internada em 13-12-930.

Em 23-5-931. Atitude, instavel; fisionomia, apagada; gesticulação e mimica, muito reduzidas. Não fixa atenção ao interrogatorio, preferindo arengar sôbre coisas de sua vida, ás vezes de maneira incompreensivel ou proferindo obcenidades. Fala de colar de perolas que está dentro de uma caixinha de prata; seus pais estão no céu; refere-se á Virgem Maria e a hostia; possue uma fazenda bem grande; ia casar com um doutor de Coimbra. Megalomania; facil irritabilidade; orientação auto-psiquica, normal; orientação alopsiquica, perturbada; abaixamento do nivel mental.

Disartria; tremor fibrilar da lingua.

Reações de Nonne, positivas.

ESTRUTURA CORPORAL

Inspeção. Face, larga. Nariz, comprido, grosso, largo, em delgado de coronha e de ponta arredondada. Labio superior, em forma de tromba. Malares, fortes e salientes. Maxilar inferio, grande, largo e fortemente encurvado. Laringe, forte. Orelhas, prêsas. Perf,li arqueado fracamente. Contôrno frontal da face, pentagonal. Fisionomia, masculina. Cranio, largo. Occiput, arredondado. Protuberancia ocipital, forte. Estatura, mediana; corpo, redondo e feminino. Atitude do corpo, relaxada e encurvada. Articulações, finas. Musculatura, delgada. Relevo muscular, fraco. Distribuição gordurosa, masculina. Braços, finos. Mãos, pequenas, estreitas, longas, finas e de dêdos ponteagudos. Torax, curto. Ventre, espêsso, caido e de gordura compacta. Bacia, larga e feminina. Sistema piloso, forte nas axilas, regiões superciliares e na região pubeana. Pelos no labio superior, no mento e sôbre a região esternal. Lanugem, na nuca, coluna vertebral, braços, pernas e no rosto, onde é muito acentuada. Os pelos da cabeça invadem a fronte e as temporas. Delimitação dos pelos genitais, masculina.

Mensurações. Est. 1,525. G. A. 1,526. Peso 0,475. Ast. 0,15. X. U. 0,183. U. P. 0,155. Perimetros: Pt. 0,80. Pa. 0,77

Pac. 0,85. Pab. 0,193. Pm. 0,169. Pp. 0,305. Comprimentos: M. inf. 0,79. M. sup. 0,692. Larguras: Le. 0,285. Lb. 0,29. Bi. 0,24. Cranio: 0,505. Ds. 0,18. Df. 0,135. Dv. 0,18. Aaf. 0,055. Aar. 0,065. Aad. 0,065. Arnb. 0,083. Bm. 0,041. Lm. 0,125. Lmi. 0,09. Ln. 0,037. Clitoris de dimensões avantajadas.

Indices: Cefalico, 75. Nasal, 56. Pignet, 25.

Tipo estrutural: Diplasico; intersexualidade; masculinidade.

47. – J. A. – Branco, casado, com 50 anos de idade, lavrador, brasileiro, internado em 23-11-929. (Calmeil).

Sindrome mental por ocasião da internação. Excitação psicomotora; logorréa; diz chamar-se Catão Carlos Caiado de Castro Brutus; veio do céu em um ovo; comprou o Brasil, America, etc., com um diamante do tamanho de um punho que achou na sua chacara; nasceu com uma camisa branca bordada a ouro. Humor instavel, ora alegre, ora agastado com o exame, ameaçando; em seguida cai em depressão e chora. Desorientado no tempo.

Em 19-5-931. Atitude, calma; fisionomia, apagada; gesticulação, reduzida; mimica, pouco movel. Interrogado, vai num crescendo de irritabilidade, chegando a ameaçar. Facilmente se emociona e lacrimeja. E' o primeiro homem do mundo e refere-se a uma serie interminavel de misteres capás de realizar; é o melhor dentista do mundo. Cada vez mais irritado, queixa-se de que o maltratam a expoliam seus bens.

Megalomania; idéas delirantes de perseguição; abaixamento do nivel mental; perda da iniciativa e auto-critica; orientação auto e alo-psiquicas, perturbadas.

Disartria acentuada; tremor fibrilar da lingua e tremor dos dedos.

Sangue, Wassermann, fortemente positiva.

Liquor, Wassermann, fortemente positiva. Nonne, positiva. Albumina total, 0,30. Benjoin, 0111222222000000.

ESTRUTURA CORPORAL

Inspeção. Face, de ossos tenros. Dorso do nariz, levemente sinuoso. Maxilar inferior, delicado. Laringe, forte. Perfil, arqueado fracamente. Contôrno frontal da face: oval. Abobada palatina, profunda. Orelhas, livres. Fronte, larga. Fisionomia, masculina. Cranio, grande e largo. Occiput, plano. Asimetria da face. Estatura, mediana; corpo redondo e masculino. Estrutura dos ossos, delicada. Articulações, finas.

Musculatura, delgada. Relevo muscular, fraco. Distribuição gordurosa, masculina. Cabeça, grande e livre. Mãos, largas e curtas. Ventre, caido, Bacia, larga, porém, masculina. Sistema piloso, fraco ao nivel da cabeça. Calvicie, nas frontes e temporas; inicial no occiput. Pelos genitais, finos e de delimitação masculina. Testiculos e penis, grandes.

Mensurações. Est. 1,67. G. A. 1,664. Peso 56 kgrs. Ast. 0,175. X. U. 0,195. U. P. 0,155. Perimetros: Pt. 0,825. Pa. 0,81. Pac. 0,814. Pab. 0,225. Pm. 0,195. Pp. 0,305. Comprimentos: M. inf. 0,83. M sup. 0,739. Larguras: Le. 0,30. Lb. 0,29. Bi. 0,225. Cranio: Ph. 0,53. Ds. 0,18. Df. 0,155. Dv. 0,185. Aaf. 0,065. Aar. 0,07. Aad. 0,065. Arnb. 0,092. Bm. 0,045. Lm. 0,125. Lmi. 0,095. Ln. 0,035.

Indices: Cefalico, 86. Nasal, 50. Pignet, 28,5.

Tipo estrutural: Leptosoma com elementos picnicos.

48. – J. O. G. – Branco, solteiro, com 36 anos de idade, caxeiro, brasileiro, internado em 27-6-931. (Pinel).

Em 22 de julho de 1931. Atitude calma; fisionomia tranquila; gesticulação e mimica, adequadas. Interrogado, responde com solicitude e acerto, mostrando-se alegre e loquaz. Sente-se muito bem de saúde como ha muito tempo mesmo não se sentia. Depois diz andar esquecido. Logorréa, euforia; autocrítica, perturbada; não apresenta alucinações nem idéas delirantes bem evidenciadas; hipomnesia de fixação; orientação autopsiquica, normal; orientação alopsiquica, perturbada.

Disartria; reflexos aquileanos e rotuleanos muito diminuidos; ligeiro tremor dos dedos; tremor da lingua.

Todas as reações de Nonne, positivas.

ESTRUTURA CORPORAL

Inspeção. Face alta, estreita e magra. Nariz pontudo de dorso ligeiramente sinuoso e raiz cortante. Boca grande. Labios abertos; o inferior ligeiramente pendente. Malares pouco desenvolvidos. Maxilar inferior pequeno, baixo, retraído, estreito e delicado. Mento de aparencia fraca. Laringe forte. Aboboda palatina profunda. Orelhas grandes e livres. Fronte fugidia alta e estreita. Perfil arqueado fortemente. Contôrno frontal da face: oval alongado. Fisionomia masculina. Cranio pequeno, curto e largo. Ociput plano. Estatura acima da mediana; corpo redondo e masculino. Atitude do corpo: relaxado. Musculatura delgada. Relevo

muscular fraco. Distribuição gordurosa, masculina. Cabeça livre. Pescoço longo e fino. Braços longos. Pernas finas. Mãos grandes e largas. Torax comprido. Ventre espesso, caido e de gordura compacta. Coluna vertebral arqueada. Bacia larga, porém, masculina. Sistema piloso forte na cabeça, regiões pubeana e superciliar. Os pelos superciliares invadem a glabela. Pelos genitais longos, grossos e de delimitação masculina. Lanugem nos braços.

Mensurações: Est. ;4,695. G. A. 1,74. Ast. 0,15. X. U. 0,235. U. P. 0,16. Perimetros: Pt. 0,89. Pa. 0,72. Pa. 0,845. Pab. 0,235. Pm. 0,21. Pp. 0,312. Comprimentos: M. inf. 0,854. M. sup. 0,77. Larguras: Le. 0,31. Lb. 0,315. Bi. 0,22. Cranio: Ph. 0,525. Ds. 0,19. Df. 0,15. Dv. 0,19. Aaf. 0,07. Aad. 0,08. Aar. 0,065. Arnb. 0,098. Bm. 0,059. Lm. 0,13. Lmi. 0,10. Ln. 0,036.

Indices: Cefalico, 78. Nasal, 55.

Tipo estrutural: Leptosoma; feminilidade (arqueamento da coluna vertebral).

49. – M. J. P., branco, casado, com 50 anos de idade, português, carpinteiro, internado em 13 de março de 1931. (Gaffrée Guinle).

Em 15 de abril de 1931. Atitude calma; fisionomia abatida; gesticulação lenta, indecisa; mimica pouco movel. Interrogado, responde com solicitude e sem revelar incoerencias. Reza todos os dias para que não o matem; dão-lhe um remedio para fazê-lo peorar e não acredita que se possa curar; julga-se mal tratado. Externando estas idéas chora a cada passo e diz ter sido sempre bom. Percepção, não ha alteração apreciavel; idéas delirantes de perseguição; estado de depressão; perda da iniciativa e autocrítica; hipomnesia de fixação; associação lenta, dificultada; orientação auto e alopsiquica, normais.

Disartria; tremor fibrilar da lingua e das extremidades digitais; tremor dos labios. Anisocoria. P. D. – P. E. Argyll Robertson.

Pesquizas laboratoriais por ocasião da internação:

Sangue. Wassermann M. B. R. II e Kahn, fortemente positivas.

Liquor. Wassermann, M. B. R. II, Kahn, Ross Jones e Takata-Ara, fortemente positivas. Pandy, Nonne e Weichbrodt, posiitivas. Lange, 013443100000. Albumina total, 0,50.

ESTRUTURA CORPORAL

Inspeção. Face magra e pequena. Nariz pontudo, de dorso reto, raiz cortante e forte cantôrno. Malares salientes, Maxilar inferior baixo e largo. Orelhas grandes, enroladas e prêsas. Fronte, fracamente recuada. Arco superciliar forte. Perfil arqueado fracamente. Contôrno frontal da face: oval. Fisionomia masculina. Cranio longo de vertex saliente. Occiput arredondado. Protuberancia ocipital forte. Estatura mediana; corpo, redondo e masculino. Musculatura delgada. Relevo muscular fraco. Paniculo gorduroso: magro. Distribuição gordurosa, masculina. Pescoço fino. Pernas finas e longas. Dedos longos. Ventre delgado. Bacia larga, porém, masculina. Sistema piloso, fraco no tronco e axilas. A barba invade o pescoço. Pelos genitais fines. Delimitação dos pelos genitais, masculina fraca. Lanujem nos braços e coluna vertebral. Teticulo D. diminuido de volume. Penis pequeno.

Mensurações: Est. 1,635. G. A. 1,72. Peso, 49 kg. Ast. 0,17. X. U. 0,165. U. P. 0,15. Perimetros: Pt. 0,847. Pa. 0,72. Pac. 0,805. Pab. 0,22. Pm. 0,19. Pp. 0,30. Comprimentos: M. inf. 0,855. M. sup. 0,775. Larguras: Le. 0,315. Lb. 0,315. Bi. 0,23. Cranio: Ph. 0,525. Ds. 0,19. Df. 0,135. Dv. 0,185. Aaf. 0,06. Aar. 0,065. Aad. 0,072. Arnb. 0,09. Bm. 0,05. Ln. 0,034.

Indices: Cefalico, 71. Nasal, 52. Pignet, 30.

Tipo estrutural: Leptosoma com elementos atleticos.

50. – J. V. C. – Branco, casado, português, comerciante, com 38 anos de idade, internado em 1-3-927. (Calmeil).

Atitude, apatica; fisionomia, apagada; gesticulação e mimica, muito reduzidas. Habitos, morigerados, trabalhador. Subitamente sai para a rua em cuecas, indo ter á delegacia de policia mais proxima afim de apresentar queixa contra varias pessoas. Em seguida, mostra-se francamente delirante; pretende construir um suburbio e uma cidade para operarios; ouve a voz de Deus, de quem recebe ordens; tem um museu com verdadeiras preciosidades, etc. Agora está em franco estado demencial, incoerente, desorientado, apresentando um delirio de grandeza muito pobre por falta de material psiquico.

Pesquisas laboratoriais por ocasião da internação:

Sangue: Wassermann, fortemente positiva.

Liquor: Wassermann, Nonne, Pandy e Weichbrodt, fortemente positivas. Albumina total, 0,20. Benjoin coloidal, 2222222210000000. Linfocitos, 13,0.

ESTRUTURA CORPORAL

Inspeção. Face, larga, gorda, redonda, de ossos tenros e pele espessa. Nariz, grosso, largo, de ponta arredondada, dorso ligeiramente sinuoso e fraco contôrno. Labios, grossos, abertos e pendentes. Labio superior, em forma de tromba. Maxilar inferior, delicado. Laringe, fraco. Orelhas, planas e coladas. Fronte, baixa, larga, arredondada e de fraco contôrno. Glabela, larga. Perfil, arqueado fracamente e apagado. Contôrno frontal da face: aproxima-se do escudo largo. Fisionomia, masculina. Cranio, grande. Ociput, arredondado. Estatura, mediana; corpo, grosso e masculino. Atitude do corpo, relaxada. Paniculo adiposo; gordo. Cabeça, grande e arredondada, fixada, testa baixa, limitada e invadida por pêlos hirsutos, o que dá ao conjunto um aspecto bestial. Pescoço, curto. Braços, longos. Pernas, grossas. Espaduas, delgadas. Ventre, espesso, de gordura compacta e caido. A bacia é envolvida em abundante camada de gordura. Sistema piloso, forte na cabeça e axilas. Delimitação dos pelos genitais, masculina, para deante. Pêlos sôbre a região sacra. Genu valgu. Tuberculo de Darwin. Acne. Orelhas asimetricas.

Mensurações. Est. 1,685. G. A. 1,732. Peso 77,5 kgrs. Ast. 0,16. X. U. 0,26. U. P. 0,165. Perimetros: Pt. 0,935. Pa. 0,92. Pac. 0,945. Pab. 0,255. Pm. 0,215. Pp. 0,355. Comprimentos: M. inf. 0,85. M. sup. 0,775. Larguras: Le. 0,32. Lb. 0,31. Bi. 0,22. Cranio: Ph. 0,57. Ds. 0,20. Df. 0,15. Dv. 0,21. Aaf. 0,055. Aar. 0,07. Aad. 0,085. Arnb. 0,095. Bm. 0,06. Lm. 0,13. Lmi. 0,10. Ln. 0,039.

Indices: Cefalico, 75. Nasal, 55. Pignet, + 0,025.

Tipo estrutural: Picnico-displasico.

————«*»————

BIBLIOGRAFIA

E. Kractshmer – La structure du corps et la caractere. – 1930.

J. Bauer – Herencia y constitución. – 1930.

J. Bauer – Secreciones internas. – 1929.

Oswald Bumke – Tratado de las enfermidades mentales.

Oswald Bumke – Handbuch der Geistesherausgegcben von krankheiten. – 1928.

E. Bleuler – Tratado de Psiquiatria – 1924.

A. Stief – Sur la question des types constitutionneles. L'Hygiene Mentale. Juin.–1931.

Murilo de Campos – As constituições em Psiquiatria. – 1928.

Murilo de Campos – Elementos de Higiene Militar.

J. Bauer – Die Konstitutionelle Disposition zu umeren Krankheiten.

P. Topinard – L'Antrapologie. – 1922.

H. Testut – Traité D'Anatomie humaine. -1928.

––––«*»––––